This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

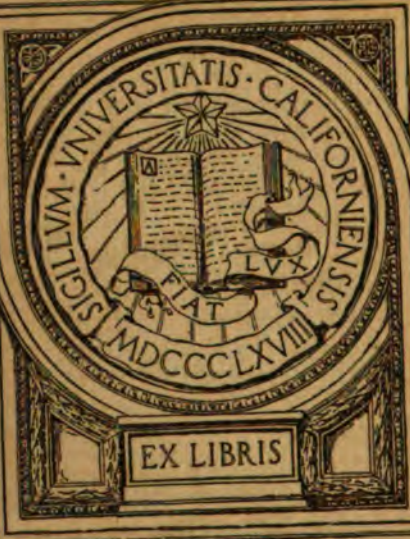
+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

Acerca de la Búsqueda de libros de Google

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

GIFT OF
J.C.CEBRIAN



EX LIBRIS

TRATADO TEÓRICO-PRÁCTICO

DE

FRENO-PATOLOGÍA.

TRATADO TEÓRICO-PRÁCTICO

DE

FRENO-PATOLOGÍA

Ó ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

FUNDADO EN LA CLINICA Y EN LA FISIOLOGIA DE LOS CENTROS NERVIOSOS

POR EL

Dr. D. JUAN GINÉ Y PARTAGAS

DIRECTOR DEL MANICOMIO NUEVA-BELEN

(en San Gervasio de Casolas, suburbio de Barcelona);

Catedrático de clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona;
Socio de número de la Academia de Medicina y Cirujía de Barcelona;
de la Económica Barcelonesa
de Amigos del país, de la de los Amigos de la Instruccion;
y de la Sociedad médica de Barcelona «EL LABORATORIO;»
Socio corresponsal de las Academias de Medicina y Cirujía de Valencia, Sevilla, Galicia, Astúrias y Cádiz, y de la Médico-quirúrgica Matritense;
Socio de mérito del Centro de Lectura de Reus;
Comendador de número de la Real y distinguida órden de Isabel la Católica;
Autor del «*Curso elemental de Higiene privada y pública*,»
premiado por la Real Academia de Medicina de Madrid;
y de otras varias obras, etc., etc.

Ilustrada con grabados y láminas litografiadas.

MADRID:

MOYA Y PLAZA, LIBREROS EDITORES,

Calle de Carretas, núm. 8.

PARIS: J. B. Baillière é Hijos.—Donnamette y Hattu.

1876.

RC681
G52
BIOL-LIB

Al Sr. Director de
"El Genio medico Quirurgico"
Sus aff.mos amigos y
Los Editores

Esta obra es propiedad de su autor, y esta su primera edicion de los Señores Moya y Plaza.
Todos los ejemplares de la primera edicion irán rubricados por el autor y sellados por los editores, sin cuyo requisito serán considerados como ilegales.

MOYA Y PLAZA
LIBRERIA
MADRID

J. G. GEBRIAN

MADRID: 1876.
Establecimiento tipográfico de Eduardo Cuesta, Rollo, 6, bajo.

ADVERTENCIA.

Habia explicado dos lecciones sobre Freno-patología en ese naciente centro de instruccion médica experimental, que, con el significativo nombre, de EL LABORATORIO, concentra los mas vitandos elementos de la clase escolar, y adonde no desdeñan concurrir los profesores—algunos de ellos pertenecientes al cuerpo docente—mas afectos al adelantamiento de la Medicina, cuando vino á mi conocimiento que se habian tomado taquigráficamente mis discursos.

Si no pudo sorprenderme la noticia, pues sé hasta donde alcanza la avidez de instruccion que distingue á nuestros escolares, no dejó de interesarme y principalmente cuando se solicitó mi beneplácito para dar á la imprenta las mentadas notas taquigráficas. Fluctuó mi espíritu en una alternativa asaz comprometida: por una parte, no debia consentir que la prensa se apoderase de trabajos tan desaliñados como los que reproducian los taquígrafos, al copiar, bien ó mal, mis explicaciones, y por otra, no era delicado desairar los deseos de mis oyentes, quienes, conociendo mi incesante anhelo de en-

339650

señar al mayor número posible lo poco que he aprendido, no dudaron en prometerse que habia de autorizar la impresion de mis lecciones.

Al hacer el peso comparativo de los motivos, resultó vencido mi fundado retraimiento, considerando que la aparicion de un libro español, con tendencias eminentemente prácticas, sobre las enfermedades mentales, podia redundar en beneficio de la instruccion médica de nuestro pais, toda vez que, por desgracia, este seria el primero en su clase en la literatura española, pues aparte del *Tratado de la manía*, por Pinel, vertido á nuestro idioma, en 1804, por el Dr. Guarnerio, el de las *Enajenaciones mentales*, de Esquirol, traducido, en 1845, por el Dr. Mata, y algunos notabilísimos opúsculos escritos por mi amigo el Dr. Pí y Molist, nada poseemos en este importante ramo de la Clínica médica.

Prometí, pues, publicar una obra sobre Freno-patología, en donde se reflejase el espíritu del Curso que estaba explicando en el «Laboratorio.» Reservéme empero el propósito de presentar mi trabajo modificado segun mejor conviniera á su objeto, que no podia ser otro que esparcir los conocimientos sobre la especialidad, que, así en mis estudios de bufete, como en el Manicomio, particularmente cultivo.

Por lo tanto, aun cuando al redactar esta obra tengo á la vista las notas taquigráficas á que he hecho referencia, estimo conveniente al mencionado fin, adoptar el método didáctico, por considerarlo mas adecuado á las necesidades de un *Tratado elemental* y abandonar la forma discursiva de las improvisaciones de que han sido tomados los mencionados apuntes.

Procuraré, pues, en este libro exponer el fruto de mis diez años de práctica frenopática en el manicomio *Nueva-Belen*, cuya direccion corre á mi cargo, al propio tiempo que daré á conocer las doctrinas médico-filosóficas adecuadas

al asunto y mas en armonía con los últimos progresos de la Fisiología de los centros nerviosos.

A mi entender, este es el único camino que hoy puede seguir quien abrigue el propósito de echar las primeras semillas de estudios tan interesantes, á fin de despertar fecunda aficion á una especialidad tan escasamente cultivada por los médicos españoles.

Barcelona 1.° de Julio de 1875.

Juan Giné.

TRATADO TEÓRICO-PRÁCTICO

DE

FRENO-PATOLOGÍA.

CAPÍTULO PRIMERO.

RELACION ENTRE EL PROGRESO SOCIAL Y EL DE LOS CONOCIMIENTOS FRENOPÁTICOS.

Si hay ramas del saber humano cuyo desarrollo corra parejas con el desenvolvimiento moral y político de los pueblos, en ninguna se manifiesta tan palpable este hecho de relacion como en la parte de la Medicina que se ocupa de las enfermedades mentales. Extraño parece, pero es desgraciadamente cierto, que ha sido preciso el estrépito revolucionario que caracteriza la última década del pasado siglo, para que el sentido comun haya llegado á penetrarse de la idea de que el *loco es un enfermo* en quien nada hay de extraordinario ni sobrenatural.

Así fué, que el mismo sentimiento de libertad y fraternidad que en América rompía las cadenas de los negros, en Francia reparaba una injusticia de secular orígen, devolviendo la consideracion de individuos del cuerpo social á los desdichados enfermos de la mente. Por esto no es metafórico, sino perfectamente histórico, decir: que, si el esclavo de raza halló en Wasington el redentor de su personalidad, simultáneamente el gran Pinel, en nombre de la Medicina curativa, reconquistó para los alienados las prerogativas y consideraciones que la sociedad debe otorgar al desvalido.

Felipe Pinel, despues de redobladas instancias, que le habian valido el peligroso anatema de *moderado* y *aristócrata*, por parte de algunos hombres de la Revolucion francesa, acompañado del foribundo Couthon, individuo del Consejo de Paris, quien, recelando de los propósitos del médico, quiso acompañarle al lóbrego hospicio de Bicetre—sitio en donde poco antes habia tenido lugar

la horrible hecatombe conocida con el nombre de el *rasgo de justicia*—Felipe Pinel, decimos, dejó prácticamente demostrado que, así el furor maníaco, como la agitacion melancólica, se aplacan y adquieren temple mas suave desde el punto en que el loco sale del calabozo y se ve libre de los hierros que le oprimen. «*J'ai la conviction que ces aliènès ne sont si intratables, que parce qu' on les prive d'air et de liberté, et j'ose esperer beauconp de moyens tout differents.*» Esta prudente contestacion de Pinel á las observaciones del Convencional, es la voz de la ciencia médica que opera la redencion del esclavo de preocupaciones seculares, que no permitian ver en el loco sino un sér despreciable, ridículo ó criminal.

Las lágrimas de agradecimiento que los desventurados derraman sobre las manos de su libertador, hacen á este digno de la apoteosis y vivifican, con imperecedero impulso, su humanitaria idea. Bien merecia Pinel, que uno de estos libertos, el soldado de la guardia francesa, Chevignè, le salvase despues la vida, arrancándole de manos de los que querian ahorcarle por haber sido elector en 1789. El hecho es digno de un poema: el estupor del convencional individualiza el espíritu de edades fanatizadas por un enorme y trascendental error; en el osado intento de Pinel vemos rielar el astro de la Medicina moderna, remontando su órbita de traslacion hasta las regiones del mundo psicológico, para ejercitar un derecho que le atañe como ciencia biológica, experimental y curativa.

Por consiguiente, de la obra de Pinel resultan á un tiempo: una adquisicion moral de inestimable valor, y, para la Medicina, una conquista de imponderable importancia. ¡Cuánta gloria para un hombre!

CAPÍTULO II.

HISTORIA DEL DESENVOLVIMIENTO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

A fin de poder juzgar con debido fundamento del grado de progreso de la medicina psiquiátrica, conviene, que, siquiera á grandes rasgos, tracemos la historia de los conocimientos sobre la alienacion mental en las diversas edades y períodos de la humanidad y de la ciencia médica. De esta suerte quedará demostrado: 1.°, que el conocimiento de las enfermedades de esta clase ha estado siempre en razon directa del desarrollo moral y político de las naciones; 2.°, que esta especialidad, esencialmente clínica, hállase hoy dia en su período constituyente y encaminada á mayores perfeccionamientos, desde que ha tomado por punto de partida la Anatomía, la experimentacion fisiológica y los estudios psicológicos, y 3.°, que, si existen poderosísimas razones que legitiman el cultivo de especialidades prácticas, tales como la Oftalmologia, la Dermatologia, la Sifilografía, etc., ningun ramo de la Clínica tiene tanto derecho ni tanta necesidad de especializarse como la Freno-patologia.

No puede negarse que los médicos griegos y latinos conocieron las enfermedades mentales y los fenómenos del órden frenopático que acompañan á otros estados morbosos; y si bien es verdad que la Fisiología patológica y el asiento de estas afecciones fueron viciosamente interpretados, á causa de las imposiciones de los sistemas dogmático, metódico, neumático ó empírico que, sucesiva ó simultáneamente, dominaron la Medicina, no es menos cierto que la parte verdaderamente psiquiátrica contiene reglas y preceptos que aun hoy dia son dignos de encomio.

No hay en toda la *Coleccion hipocrática* libro ni tratado alguno especialmente destinado al estudio de estas enfermedades, y ni aun del estudio general de estas obras es fácil entresacar un criterio bien determinado respecto al asiento y naturaleza de la alienacion. En cambio, se ven algunos rasgos clínicos que no carecen de valor. En el libro de los *Pronósticos*, Hipócrates afirma que la aparicion de hemorroides disipa la melancolía; en el de los *Aforismos*, dice que, para desvanecer la irresistible tendencia que algunos enfermos sienten á matarse por extrangulacion, se obtienen excelentes resultados de la mandrágora, administrada á dósis inferiores á las que se necesitan para provocar el delirio. Para el padre de la Medicina, la manía tenia asiento en el diafragma, por lo cual dió á esta enfermedad el nombre de *Frenitis*, de donde la palabra *frenesí*, usada en el lenguaje comun para expresar las agitaciones de ánimo, así como las compuestas *Frenálgia*, *Frenoplèxia*, *Hiperfrénia*, *Ideofrénia* y hasta *Frenopatía*, que Guislain ha adoptado como las mas adecuadas para el vocabulario tecnológico de la Medicina mental. La causa inmediata de la *frenitis* consiste en la penetracion de la bílis en la masa sanguínea, excitando en ella un movimiento inusitado, que la calienta; si la pituita enfria la sangre, sobreviene la muerte. En el *Tratado de las Enfermedades* el autor describe, con bastante precision, un caso de hipocondria, así como en el de las *Afecciones internas* traza el cuadro nosológico de la manía aguda y una historia clínica referente á un *delirium tremens*.

Hipócrates dedicó un libro especial á la epilepsia, conocida en la antigüedad con el nombre de *Enfermedad sagrada* (*morbus sácer*). En este trabajo da muestras de que no le fueron desconocidas las relaciones que la enfermedad convulsiva tiene con los trastornos mentales, que suelen ser su secuela, y declara además, haciendo gala de una independencia de espíritu, que cuadra perfectamente al superior talento del autor, que la epilepsia no es una enfermedad de orígen mas divino que las otras.

En *Areteo*, el gran nosógrafo de la antigüedad, encontramos, sobre la enajenacion mental, trabajos mejor delineados que en los libros hipocráticos.

Definir, como define, la melancolía «una enfermedad apiréctica, con ansiedad del espíritu, que se fija en una idea,» es dejar bien establecidos los jalones que mas tarde sirvieron á Esquirol para la definicion de este estado frenopático. Además, para que no quepa duda de que conoció y supo distinguir esta afeccion de otros trastornos mentales, despues de describir el cuadro sinto-

matológico de la melancolía, expone, con mano maestra, el diagnóstico diferencial entre ella y la manía. Las alucinaciones, de que Hipócrates no hace siquiera mencion, son estudiadas con especial detenimiento por Areteo. Por último, el médico de Capadocia, á imitacion de Hipócrates, dedica un tratado especial á la epilepsia, describiendo su cuadro sintomatológico y no olvidando las secuelas del órden frenopático que suele presentar.

Como neumático, Areteo atribuyó la enajenacion mental á las alteraciones de la sustancia aireforme que sostiene la vida, el *pneuma*, principio que, arremolinándose en el cerebro, determina los vértigos, y, escapándose del organismo, da lugar á la epilepsia.

El metódico *Celio-Aureliano* viene á completar los trabajos de Areteo. Todas las enfermedades agudas con delirio y calentura, son por aquel autor comprendidas con el nombre genérico de *frenesía*, estado morboso que se distingue de la manía, en que en esta el delirio es apiréctico y crónico, y si sobreviene fiebre, es siempre esta posterior al delirio. Celio-Aureliano admitió dos formas maníacas, á saber, una procedente de un trastorno corporal y otra inspirada por Apolo; por donde se ve que el autor no supo librarse de pagar tributo á la arraigadísima preocupacion, que encontramos en todas las épocas de la Historia, de que las enfermedades mentales reconocen un orígen sobrenatural. Comparando la manía con la melancolía, establece que en aquella el daño reside en el cerebro, así como en la última el trastorno reside en el estómago.

En punto á la terapéutica frenopática, Celio es, en cierto modo, el precursor de Pinel, pues al paso que contra la agitacion del espíritu recomienda el aislamiento, la oscuridad y el silencio, se declara contrario de los medios de represion, reprobando asímismo el empleo del ópio y de la música. Celio, empero, participando de los errores anatómicos de su época, ponderó los buenos efectos de las inyecciones irritantes en el conducto auricular, para llegar á las meninges cerebrales y obtener una modificacion ventajosa en los órganos encefálicos.

Celso, como los griegos, sigue llamando *frenitis* á los estados de exaltacion mental morbosa, los cuales distingue perfectamente de los de depresion, ó *lipemanía*, que considera producidos por la atrabílis. En el corto espacio que dedica á las enfermedades mentales, trata de las alucinaciones y establece que estas pueden existir sin causar verdadero trastorno intelectual. No se comprende cómo, para el tratamiento de las vesanias, al

propio tiempo que este autor recomienda el aislamiento, la alimentacion restauradora, la deambulacion, el sueño prolongado y el balanceo en una cama colgante, se declare partidario de la represion y del castigo de los alienados.

Galeno, que, como se sabe, es la síntesis de la Medicina hasta el segundo siglo de la Era cristiana, resume los trabajos de los que le precedieron, y, sin añadir cosa alguna de su propia observacion, expone una doctrina fundada en los principios del humorismo, que con tanto ardor sostuvo. La melancolía depende de un humor que se forma en el hígado; la demencia de la falta de espíritus animales; la imbecilidad del decaimiento de los mismos y la manía de un estado de perversion de estos; ideas que, en verdad, contrastan con los conocimientos sobre la anatomía y fisiología del sistema nervioso que este autor poseia.

Aquí termina la época antigua de la medicina y de la historia general de la humanidad, y aun cuando los destellos de la doctrina galénica son conservados durante algunos siglos por los Compiladores griegos y árabes, bien puede decirse que, desde los albores de la Edad media, hasta el siglo décimoquinto de nuestra era, no se encuentra el menor esbozo de Medicina mental.

Un misticismo intolerante y las ideas teológicas ocupando el lugar de las ciencias físico-naturales, lo absorben todo, no quedando de los trabajos de la antigüedad otros vestigios que los pálidos fulgores que reflejan los sabios de Oriente. Diríase, que los conocimientos humanos, como las aguas del Guadiana, corren subterráneos á través de los dilatados y áridos espacios de la Edad media, para aparecer, mas depurados y con raudal mas abundante, desde los primeros albores del Renacimiento, ó sea desde principios del siglo décimoquinto.

Esta es la época de la locura *demonófóbica* y de la *demonomanía*. La alucinacion frenopática es considerada como un hecho sobrenatural, resultante de la inspiracion del espíritu de las tinieblas, que se encarna en el organismo humano. Es preciso perseguir á Satanás: si los exorcismos no bastan á desalojarle del cuerpo en donde mora, el verdugo, mediante el tormento, ordinario ó extraordinario, se encargará de hacer renunciar el *tema de loco*, y si todo esto no es aun suficiente, el desventurado orate, acusado y convicto de brujería, hechizo ó mágia, saldrá del calabozo para subir á la hoguera, bajo las miradas de una

muchedumbre ávida de saborear espectáculos, en *que tanto se honraba á Dios*.

Los conventos eran frecuentados por Satan; las celdas de los frailes estaban plagadas de duendes y demonios, y no habia comunidad religiosa que no tuviera su leyenda fantástica. El diablo, como si fuera un miasma dotado de travieso ingenio, no perdia ocasion de insinuarse en el cuerpo de los mortales. Era muy posible que aquel penetrase por las vias aéreas ó digestivas, al bostezar ó al estornudar: las prácticas de santiguarse en la boca al hacer un bostezo y de invocar á «Jesús» ante la persona que estornuda, que aun hoy dia conservan entre sus costumbres los católicos mas piadosos, tenian por objeto precaver el maleficio.

Los idiotas gozaron de especiales inmunidades y prerogativas. Reputados seres inofensivos, á quienes hasta las mismas fieras se abstenian de dañar, vivian al lado de los magnates, y, con el nombre de *bufones*, gozaban de las mas íntimas privanzas, en pago de que sus simplezas servian para disipar el mal humor de sus *nobles* protectores. En 1212 celebróse en Paris un Concilio en que se prohibió á los Obispos tener locos para su diversion. Mas tarde, las plazas de bufon fueron desempeñadas por personas cuyo mérito consistia en la ridiculez de cuerpo, asociada á cierta agudeza. Esto bastaba para captarse un lugar de los mas codiciados al lado de los príncipes, y como frecuentemente el bufon del rey hacia las veces de primer ministro, el privado solia vender su amistad á peso de oro á los cortesanos.

Como se ve, en estos tiempos, la razon humana hallábase completamente anonadada por la supersticion; esta estaba fuertemente afianzada en las ideas teológicas reinantes; no es, pues, de admirar que las enfermedades mentales revistiesen con frecuencia formas epidémicas. En las márgenes del Rhin y en los Paises-Bajos apareció, en 1373, *el mal de los ardientes* ó *mal de San Juan*; un siglo despues se presentó en Francia la *Coreomanía*, la cual fué recorriendo toda la Europa, recibiendo en Calabria el nombre de *Tarantismo*, por considerarla efecto de la picadura de las tarántulas; en Alemania la llamaron *baile de San Vito*, y en Holanda *baile de San Juan*. Los enfermos pretendian honrar á Dios, á imitacion de David que danzaba ante el arca, agotando sus fuerzas en un baile agitadísimo y en extrañas contorsiones.

Seria interminable la enumeracion de los casos en que las llamas pusieron término á la vida de los enfermos de la mente,

acusados de brujería ó hechizo: las monjas del convento de Kendorp, en Alemania, fueron poseidas del demonio; atribuyóse el hechizo á la cocinera, y esta, con su madre, fueron quemadas vivas. Hubo un juez en la Pequeña Lorena, que se gloriaba de, en diez y seis años de ejercicio, haber hecho quemar mas de ochocientas brujas; en Génova solamente, en menos de tres meses, fueron condenadas á este suplicio mas de quinientas mujeres; en 1435, Juana de Arco subió á la hoguera, y entonces gran número de visionarios creyeron oir la voz del demonio que les manda devorar las criaturas no bautizadas; nuevas hogueras ponen término á esos delirios; pero el furor epidémico no se extingue hasta tanto que ha sido asolado un extenso territorio; en 1554, hubo en Roma ochenta y cuatro endemoniados; atribuyóse el maleficio á los judíos, y estos, para librarse de la pena capital, tuvieron que pagar una fuerte multa.

En medio de tan densas tinieblas, asoma el Renacimiento de las ciencias y de las letras; pero la odiosa penumbra del fanatismo aun debia por mucho tiempo dejar sentir su letal influjo en la civilizacion que renace en Oriente. Los sublimes productos del estudio y del talento son confundidos con las artes diabólicas, y los sabios sufren iguales persecuciones y tormentos que los hechiceros. Dolet, el erudito latinista, comentador de Ciceron y uno de los jefes de la reforma religiosa, es quemado vivo, en Paris, como ateo; Estéban Estienne, despues de haberse arruinado en la compra de manuscritos griegos y en la publicacion del *Diccionario griego*, muere, desterrado, en el hospital de Lion; Pedro Ramus, ó La Rameé, el distinguido filósofo que primero combatió el escolaticismo, es sacrificado en la horrible hecatombe de San Bartolomé; Calvino, el segundo jefe de la reforma religiosa, hace quemar vivo al erudito médico aragonés Miguel Servet, que habia adivinado la circulacion de la sangre; el ilustre anatómico Vesalio es perseguido por el Santo Oficio y muere á su regreso de un viaje expiatorio á Jerusalen; Buenaventura Desperiers, á imitacion del filósofo de Atenas, se ve obligado á darse muerte por su propia mano; Camöens, el inspirado autor de la *Luisiadas*, muere desesperado en la indigencia... Pero, ¿á qué recargar el cuadro de las víctimas de la intolerancia, si de sobra sabemos que, en la majestuosa marcha del progreso humano, las que van delante son las que derraman su sangre para fecundar la idea?

Era empero preciso viniese el dia en que la luz venciera al error. No en vano el mas trascendental descubrimiento de la humanidad, la imprenta, ejercia, desde muchos años, su poderoso influjo. La intolerancia religiosa se bate ya en retirada; y si en tiempos bastante próximos á los nuestros, vemos cundir por Hungría, Siberia, Moravia y Lorena la extraña manía del *Vampirismo*, por la cual gran número de visionarios siéntense atormentados por los difuntos que abandonaban sus sepulcros para aprovecharse del sueño de los vivos, degollándolos y chupándoles la sangre de sus venas, dando con esto lugar á que muchos pereciesen de terror, ello es, que si las autoridades tomaron cartas en el asunto, sometiendo á un proceso contradictorio á los cadáveres, y en mas de una ocasion ordenando fuesen quemados en la hoguera ó recluidos en la sepultura por la mano del verdugo, tales procedimientos fueron mas bien medida de órden público, que efecto de asentimiento y de creencia en tales delirios de la fantasía.

Ya no merecieron tanta importancia los *Convulsionarios de San Medardo*, empeñados en permanecer en cruz por largas horas, colgarse por los piés, arrastrarse sobre el pecho y sacudirse fuertes golpes en el vientre. Estábamos á mediados del siglo décimoctavo y nadie podia hacer el menor mérito de tales ilusos ó farsantes, ni mas tarde obtuvieron mayor prestigio las diabólicas evocaciones de *Cagliostro*, ni las renombradas crísis de la *Cubeta de Mesmer*.

Lo cierto es que cada siglo ha tenido sus manías y sus creaciones fantásticas, que han sido el pasto de cerebros predispuestos á impresionarse por lo maravilloso. ¿No vemos en nuestros dias el espiritismo de Alan-Kardek, engalanado con los atavíos de ciencia experimental, cernerse sobre la poblacion mas crédula y mejor dispuesta á dar albergue y desarrollo á los conceptos delirantes? ¿Quién se cura de perseguir á los espiritistas? Solo miradas de lástima se atraen de los hombres formales, que contemplan en cada uno de esos ilusos un *candidato* á la locura. Los tiempos son de independencia y de latísima tolerancia, y nunca la verdad ha luchado con mas ventaja contra el error, que cuando aquella se ha hallado exenta de la tiránica tutela de la fuerza.

Despues de esta rápida ojeada relativa á la consideracion que merecieron los enajenados durante la civilizacion correspondiente á la época del Renacimiento y siglos succesivos, hasta fines

del pasado, debemos ocuparnos del concepto que de las enfermedades mentales se formaran las diversas generaciones médicas correspondientes á este período histórico.

Como representante de la Medicina del siglo XVI, tenemos al ilustrado patólogo *Fernel*, quien, en su *Universa medicina*, al paso que describe la manía, la frenesía, la hipocondría y la melancolía, bajo diversas formas; declara que el maligno espíritu es en muchas ocasiones causa inmediata de los trastornos mentales, de modo que, en varios casos, Fernel pretende haber descubierto la influencia de Satan en sugetos en quienes otros profesores no habian sabido reconocerla.

Ambrosio Pareo, el padre de la Cirujía francesa, se dejó llevar de las mismas supersticiones que Fernel; da pena que tan distinguido práctico afirme que los demonios pueden formarse repentina y espontáneamente en nuestro cuerpo y á su voluntad cambiar de figura, apareciendo en la de sapos, culebras, ranas, macho cabríos, etc.; empeñándose en distinguir los posesos del demonio y los locos, en que aquellos hablan con la lengua fuera de la boca, por el vientre ó por los órganos de la generacion, y tienen fuerzas tan extraordinarias, que son capaces de arrancar de cuajo un árbol, de conmover una montaña y de derribar un castillo.

El teólogo dominico *Juan Nider*, en su tratado *De Visionibus*, se muestra tan independiente, que no vacila en levantarse contra el abuso que en su tiempo se hacia de las intervenciones diabólicas. No niega en absoluto el poder mundanal del demonio, pues cree en este por ser artículo de fé; pero, reflexionando sobre los síntomas de la demonomanía, de la licantropía y de la manía religiosa, cree que muchos de los desgraciados á quienes se condenaba como endemoniados, no eran mas que enfermos de la razon; por lo cual se declara contrario á las pruebas del tormento, y califica de inhumana la costumbre de relegar á seres tan desvalidos á calabozos frios y húmedos, en donde las privaciones y los sufrimientos no pueden menos que exasperar la enfermedad.

Mas adelantaron aún el célebre jurisconsulto *Alciat* y el erudito filósofo *Montaigne*, negando en absoluto la existencia de posesos del demonio y sosteniendo que todos los tenidos por tales, no son mas que enfermos, y que, por consiguiente, los hechiceros y las brujas son meros visionarios, que carecen de responsabilidad, pues sus actos son ejecutados bajo un impulso patológico que les sustrae al imperio de la razon.

Excusado es ponderar cuánto se reforzaron estas ideas por los trabajos de *Bacon*, *Descartes*, *Pascal* y *Liebnitz*, quienes, abriendo ancho cauce á la ciencia y descubriendo serenos horizontes á la dignidad humana, labraron el panteon histórico de las supersticiones místicas. De ahí que, en 1538, *Baillou*, en su *Opera omnia*, despues de exponer las doctrinas de Hipócrates y Galeno en lo relativo á las enfermedades mentales, añadiendo el relato de algunos ejemplos clínicos y trazando la historia del histerismo, aventurase la idea de que en las afecciones de esta clase desempeñan un papel muy importante los trastornos de la serosidad encefálica.

Aun hizo mas *Félix Platero*, pues dió la primera clasificacion de las enfermedades mentales, dividiéndolas en cuatro grupos, á saber: 1.° *Méntis imbecilitas*, 2.° *Defatigationes*, 3.° *Consternationes*, y 4.° *Alutinationes*. No es este el momento de criticar los defectos de clasificacion tan artificial; antes al contrario, justo es reconocer que este ensayo nosológico fué para esta rama de la patología un progreso de importancia. Lástima que el autor prestase asentimiento á las preocupaciones relativas á la influencia satánica, y que, á imitacion de Fernel, se empeñase en establecer distinciones entre los posesos y los enajenados, confiando aquellos únicamente á la *benéfica* accion de los exorcismos.

Lepois, describiendo los síntomas del histerismo y atribuyendo al cerebro el asiento orgánico de esta afeccion, puesto que de ahí parten todas las excitaciones para los movimientos voluntarios, parece haber adivinado nuestros tiempos de Fisiología experimental aplicada á la Patología, pues, como se sabe, en la actualidad el histerismo se considera localizado en los tálamos ópticos.

En *Senerto*, que, no solo expuso los conocimientos de los médicos antiguos, sino que añadió algunas observaciones clínicas, vemos los mismos defectos que en Félix Platero, pues no deja de admitir las causas sobrenaturales y cree que los licántropos adquieren realmente la figura de lobos, perros, etc.; errores tanto menos excusables, en cuanto en tiempo de este autor se habia publicado la imperecedera *Medicina legal* de *Pablo Zaquías*, que constituia un verdadero dechado de ilustracion y buen sentido en materias frenopáticas.

Francisco de la Böe Sylvio, se hace notar por el atento exámen que hizo de las lesiones elementales de las enfermedades nerviosas, y así describe las alucinaciones sensoriales y los

errores que se refieren á la imaginacion, al raciocinio, al juicio, á la memoria, á las pasiones y á los movimientos, y entra en minuciosos comentarios sobre la fisiología del sistema nervioso.

No debiéramos en esta revista histórica mencionar *Sydenham*, si la medicina mental no le fuese deudora de la observacion que hizo relativa á la frecuencia de la alienacion como resultado de las fiebres intermitentes, dando, para semejantes casos, el consejo terapéutico de echar mano de una medicina tónica y restauradora.

La patología mental encuentra en *Willis* el molde de la doctrina yatro-química que profesó este autor. En el cuerpo no hay mas que reacciones y fermentaciones, y todo se explica por estos actos químicos. La manía, por ejemplo, resulta de la efervescencia de los espíritus animales. En medio de los capitales errores de este sistema, descuellan en Willis algunos rasgos clínicos importantes: entre otras, hay la observacion de la sucesion de la manía y la melancolía, que es lo que constituye la forma mental que los modernos describen con el nombre de *manía circular* ó de *doble forma*. Supo tambien distinguir la melancolía de la manía y señaló la existencia de delirios frenopáticos generales y circunscritos á un determinado órden de ideas (*poli y mono-delirios*). Dió el nombre de *estupidez* á todos los casos en que hay depresion ó pérdida de facultades mentales, incluyendo en esta denominacion genérica, no solo el estupor, si que tambien la demencia, la imbecilidad y el idiotismo. ¿Quién diria que Willis, con las tendencias materialistas de su yatro-química, pudiese creer en la influencia del demonio, diciendo que á veces la locura es efecto de que el alma se eclipsa y es reemplazada por el espíritu infernal? A pesar de esto, Willis se muestra partidario de la suavidad y de los agentes farmacológicos para combatir las enfermedades mentales.

A fines del siglo décimosétimo apareció la inmortal obra de *Bonnet*, llamada el *Sepulchretum*. En ella, por la Anatomía patológica, fundada en numerosas observaciones necroscópicas, el autor indaga los vestigios que las enfermedades mentales dejan en las vísceras y considera que el asiento de aquellas se encuentra siempre en los órganos esplánicos.

Vienen ahora los médicos del siglo décimo octavo, cuyas doctrinas, templadas en el espíritu de Bacon y de Descartes, si bien se derivan del humorismo, se afianzan en la Anatomía patológica y se inclinan visiblemente al solidismo. Sorprende, empero, ver á *Vieussens*, que tanto impulso comunicó á la anatomía del

cerebro, atribuir la manía á la gitacion de los espíritus mezclados con la sangre; la melancolía, á la sangre atrabiliaria, cuyas partes terrestres, sulfurosas, biliares ó salinas, alteran el temperamento del cerebro y comunican su acrimonia á los espíritus, etc.

Boërhave y *Van-Swieten* nos ofrecen una fisiología frenopática derivada de los principios yatro-mecánicos que profesaron. Las alteraciones de la sangre, de la bílis y de la atrabílis, ocasionan obstrucciones viscerales; las del bazo, hígado, páncreas y estómago dan lugar á la melancolía, etc. A pesar de todo, la parte nosográfica de estos trabajos, es digna de elogio por mas de un concepto. La definicion que dan de la melancolía se parece mucho á la de Areteo y poco deja que desear, no siendo menos exacta la historia sintomatológica de esta afeccion, así como la de la manía. Lo que mas culmina en los *Aforismos* de Boërhave son algunos puntos de fisiología de los centros nerviosos, relativos á la influencia de estos en la sensibilidad, inteligencia y voluntad durante los estados patológicos de la razon.

Los trabajos anatomo-patológicos de *Morgagni* vinieron á dar cuerpo á las doctrinas solidistas; pues, aun cuando este autor no hizo un estudio especial de las enfermedades mentales, examinó con detenimiento en el cadáver los derrames meníngeos, las induraciones, las infiltraciones, las degeneraciones, las hiperémias y demás alteraciones anatómicas de los centros nerviosos.

Como se sabe, el octavo grupo nosológico de la clasificacion de *Sauvages*, estaba constituido por las *vesánias*, que á su vez se dividian en *alucinaciones* (los vértigos, los deslumbramientos, la dipoplía, los zumbidos de oidos, la hipocondría y el sonambulismo), *morosidades*, ó depravaciones de los deseos y sentimientos afectivos (la pica, la bulimia, la polidipsia, la antipatía, la nostalgia, el terror pánico, la satiríasis, el furor uterino, el tarantismo y la rabia), *delirios* (arrobamientos, demencia, melancolía, manía y demonomanía) y *fatuidades* (la amnesia y el insomnio). Disimulándole á esta clasificacion sus grandes vacíos, debemos convenir en que fué de mucho provecho para especializar el estudio de las enfermedades mentales, pues, formado el grupo de las *vesánias*, los médicos tuvieron un punto de mira para coordinar sus observaciones en lo relativo á las afecciones de este género.

Lorry, que estudió con verdadero tino práctico la melancolía, admitió dos formas de esta enfermedad: una dependiente de alteraciones de la sustancia nerviosa, y otra sostenida por un vicio

humoral, consistente en el predominio de la atrabílis. La primera era esencial, al paso que la última podia presentarse como complicacion en cualquiera otra enfermedad. Vemos, pues, en Lorry, una confusa mezcolanza de humorismo y solidismo, que resulta compensada por excelentes descripciones nosológicas relativas á la patología mental.

Cullen constituye, para la Freno-patología, el punto de enlace entre los sistemas humorista, yatro-químico, yatro-mecánico y el solidismo moderno. La *incitabilidad* y la *sensibilidad* de la fibra nerviosa, son el punto de partida de su doctrina, y por ellas explica, con nuevas luces, la fisiología del sistema nervioso, tanto en el estado de vigilia, como durante el sueño. No le pasó desapercibida la existencia de delirios parciales y generales, y supo distinguir la manía de la melancolía, comprendiendo en ella la hipocondría. Con todo esto, y con haber previsto la necesidad de especializar el estudio de las enfermedades mentales, fundándolo en la anatomía patológica de los centros nerviosos, bien podemos decir que Cullen dió el programa de la Frenopatología moderna.

Llegamos á la tercera época de la medicina mental, á la época de Pinel. Un progreso gradual, aunque oscilatorio, se habia efectuado en el conocimiento de las enfermedades mentales; pero las instituciones públicas, en punto á los alienados, estaban muy distantes de alcanzar el nivel del siglo. El gran cambio que distingue de los precedentes el período que vamos á historiar, no es tanto de índole científica como de carácter social. A impulso de las nuevas ideas, nace el *Manicomio*, y esta institucion, eminentemente filantrópica, constituye el distintivo de la Frenopatología moderna.

Verdad es que en los últimos siglos de que hemos pasado revista, ya los locos no eran perseguidos como endemoniados ó hechiceros; pero no por esto se les trataba como merecian, esto es, como *personas* desvalidas.

En Paris, los alienados se hallaban repartidos entre el Hotel-Dieu, la Salitrería, Bicètre y les Petittes-Maiçons. En el Hotel-Dieu, donde se albergaban los que eran objeto de algun privilegio ó recomendacion, vivian en tal estado de hacinamiento, que frecuentemente se veian obligados á dormir cuatro en una misma cama, confundidos los tranquilos con los furiosos, y estos tal vez adosados á los hidrófobos. Bicètre, destinado para los locos

de sexo masculino, contenia, en revuelta mezcolanza, alienados y los mas despreciados criminales. Celdas angostas, sin luz, con mucha humedad, heladas en invierno y sin mas moviliario que una yacija de paja, que no se renovaba hasta que estaba completamente podrida; tal era el albergue que el Gobierno francés deparaba á esos infelices. Los mas favorecidos compartian con otros compañeros de desgracia, una cama en donde, para mejor asegurar la tranquilidad, se les agarrotaba contactándose por la espalda. Los guardianes eran hombres encanecidos en el crímen, que no escaseaban el látigo ni los castigos de todo género, pues estaban libres de toda fiscalizacion. La Salitrería era la loquería de mujeres; la situacion de estas desventuradas no era mas envidiable que la de los locos de Bicètre, si hemos de atenernos á la siguiente descripcion de Parisot: «Atadas con cadenas, á veces del todo desnudas, en estancias angostas, casi subterráneas y peores que calabozos, frecuentemente tenian los piés roidos por los ratones. Asediadas por tantos males, su corazon alienado no respiraba sino venganza, y en la embriaguez del odio, á imitacion de las Bacantes, no procuraban sino destrozarse unas á otras y dañar á las criadas destinadas á su servicio.»

No era mas lisonjero el estado de los locos en la Gran Bretaña. Lamentándose Sir Bennet, en 1815, ante la Cámara de los Comunes, de la triste situacion de los albergados en *Bedlam*, decia: «que los alienados vivian empotrados en nichos, semejantes á jaulas de perros, ó como leña en un fogon.» El público, siempre ávido de impresiones vivas, acudia en numerosas peregrinaciones á presenciar el espectáculo de los locos de Bedlam. Los aficionados pagaban un *penique*—medio real—de entrada, y era tal la afluencia de curiosos, que en un solo año se recaudaron 400 libras esterlinas—cerca de 40,000 rs.,—lo cual supone mas de 80,000 visitas.

Lo mismo sucedia en Hamvell, antes de que el Dr. Conolly llevase á cabo la reforma de este asilo. Todos los dias, al oscurecer, los locos eran empaquetados y agarrotados, para luego meterlos en unas como artesas que les servian de cama. Los domingos, como los guardianes se entregaban al descanso, los locos no salian de sus potros; los lunes, dia de limpieza general, se les reunia á todos en un patio, y se les hacia una aspersion comun, por medio de una manguera.

Hubo un tiempo en que España llevó el cetro de la civilizacion y del progreso europeo. En el siglo décimoquinto, mientras en las otras naciones los locos sufrian crueles persecuciones y eran confundidos con los criminales, los españoles daban alto ejemplo de humanidad, erigiendo asilos especiales para albergar á los alienados. En 1408, la sociedad llamada de los *Inocentes*, fundó, en Valencia, el primer hospital de locos, debiéndose á las evangélicas predicaciones del monje mercenario Fray Jofre Gilbert, el ferviente entusiasmo que se despertó para llevar á cabo esta obra. En 1425, D. Alfonso V fundó en Zaragoza el Hospital de la Vírgen de Gracia, en donde, bajo el lema *Urbis et orbis*, eran recibidos los enfermos, sin distincion de clase ni de afecciones. Devorado este hospital por las llamas, en 1808, fué reducido á escombros por los franceses; en 1829 fué reedificado, destinándole á manicomio, que fué precisamente uno de los mas aplaudidos por Pinel y Alibert, por el acierto con que en él se llevaba á cabo el tratamiento moral de los enajenados. En 1436, fué erigido otro manicomio en Sevilla, gracias á la munificencia y caridad de D. Márcos Sanchez Contreras. Este manicomio es el que aun hoy subsiste con el nombre de *Hospital de los Inocentes*, y bajo la advocacion de los Santos Cosme y Damian. Por último, en Toledo, en 1483, por la piadosa cesion que hizo de algunas casas que le pertenecian el Nuncio apostólico y canónigo primado de aquella iglesia, D. Francisco Ortiz, se construyó otro manicomio, que mas tarde fué habilitado para hospital, y que tambien se llamó de los *Inocentes* ó *del Nuncio*.

Pertenece, pues, á España gloriosa prioridad en la fundacion de manicomios. Triste es empero confesar que, despues de tan generosos impulsos, puestos en evidencia en época tan lejana, nos hemos quedado en este punto tan vergonzosamente rezagados, que, hasta pocos años atrás, parecia que no viviéramos en Europa. Si algo, en los tiempos actuales, vamos andando por tan provechosa senda, no nos viene de aquel antiguo impulso, sino de la inspiracion que hemos hallado en nuestros vecinos.

Tambien debemos reconocer, pagando entero tributo á la verdad, aunque sea á expensas de nuestro amor nacional, que nuestras antiguas *Casas de orates* no representaban un precoz adelanto de la medicina española, sino una grande obra de la caridad católica.

El manicomio moderno revela en todos los detalles de su estructura el conocimiento clínico de las vesánias, y así, al paso que nuestros antiguos hospitales de *inocentes* cumplian el huma-

nitario designio de albergar y preservar á los locos, entrando muy secundariamente el fin de lograr su curacion, los manicomios de nuestros dias son nosocomios especiales, en que todo se halla calculado á fin de cumplir indicaciones terapéuticas.

Por consiguiente, si en España nació el manicomio de la caridad, Francia es la cuna del manicomio de la ciencia. Todas las grandes reformas tienen un período de preparacion. Ya, en 1756, los médicos del Hôtel Dieu elevaron sentidas protestas contra el inconveniente trato que recibian en este asilo los alienados. Tenon, en 1786, y la Rochefoncauld Lian-court, en 1791, en nombre de la humanidad y de la ciencia, clamaron contra la costumbre de tratar á los locos como fieras dañinas, y pidieron la suavizacion de los rigores de que eran objeto los alienados. En virtud de estas y otras mociones generosas, la Administracion de los hospitales, formada por Cousin, Thouret y Cabanis, trató de llevar á cabo una completa reforma, confiando á Pinel, que en 1792 fué nombrado médico de Bicetre, la mision de ponerla en planta. Secundado por Pussin, Pinel rompió las cadenas de los locos é hizo comprender á todo el mundo, que estos eran enfermos á quienes la sociedad tenia el deber de amparar.

El hecho de reunir los enajenados en asilos especiales, fué causa de gran progreso en el estudio de las vesánias, pues, confiado el cuidado de aquellos á profesores que debian concentrar toda su atencion en la observacion de un solo órden de enfermedades, la Patología mental no pudo menos de constituirse en especialidad práctica.

Mirado por su lado científico, *Pinel* se presenta como un eminente nosógrafo, pues describió las enfermedades mentales con admirable exactitud; mas, á decir verdad, no contribuyó directamente al adelantamiento de la patología cerebral. Sin embargo, estableciendo que el estudio de las enfermedades mentales debe partir del conocimiento de la psicología fundado en las doctrinas de Locke y Condillac, bien puede afirmarse que el gran reformador dejó preparado el porvenir de la Freno-patología moderna. Pinel distinguió cuatro formas de locuras, á saber: la *manía*, la *melancolía*, la *demencia* y el *idiotismo*. En esta última forma confundió el verdadero idiotismo con el cretinismo y el estupor melancólico.

Esquirol, el ilustre discípulo de Pinel, continuó la obra de su maestro, haciendo sentir los beneficios de la reforma en la Salitrería y en Charenton. Otros manicomios, como los de Nántes, Montpellier, Marsella, etc., fueron erigidos en vida de Esquirol,

conforme á sus ideas. Tampoco hizo innovaciones importantes en la patología del cerebro, y si bien se propuso asentar el estudio de las enfermedades mentales en la fisiología de las pasiones, mas bien que dar cima á esta idea, hizo un minucioso análisis de los síntomas frenopáticos, fundado en una observacion verdaderamente escrupulosa, que revela el genio. A él se debe la descripcion de la monomanía y la demostracion de la existencia de delirios parciales. Distinguió además el idiotismo, de la demencia, y tuvo idea de la manía paralítica, ó parálisis general.

Gran paso anduvo la medicina mental por el impulso de Esquirol, y así, aunque el aventajado discípulo de Pinel no descuella como innovador y creador de un sistema, bien se puede sostener que hizo el trabajo que mayor utilidad podia reportar en su tiempo. Ese eclecticismo, que algunos critican en Esquirol, era el único partido que prudentemente podia tomarse en el período constituyente en que, en su época, se hallaba la Medicina mental. Solo así pudo preservarse de caer en los escollos de que no supieron librarse Brouseais, tratando de explicar la locura por un mero exceso de irritacion, ni Henriot, que consideraba á aquella como una enfermedad del alma que se confunde con el pecado.

Demos aquí punto á esta reseña histórica, pues además de que no consiente mayor extension la índole de esta obra, continuando el camino, deberíamos engolfarnos en la narracion de los trabajos de autores contemporáneos, cuya importancia tendremos ocasion de apreciar con mas detenimiento en el decurso de este Tratado.

CAPÍTULO III.

PLAN.

El plan que nos proponemos seguir en este *Tratado*, deriva de la índole de materias de que debemos ocuparnos y de la forma didáctica con que aspiramos á exponerlas.

Como en el estudio de cualquiera de los ramos de la Patología es de gran provecho proceder desde las nociones mas generales á las mas concretas, qué tienden á individualizar la especialidad clínica, consideramos que debemos, en primer término, dividir la Freno-patología en *general* y *especial*.

En la primera parte, ó *Patología* y *Terapéutica general de las enfermedades mentales*, deberemos tratar de los diferentes puntos de doctrina que son comunes á todas las vesánias. En la *Freno-patología especial*, tendremos que ocuparnos de cada uno de los órdenes, géneros y especies de las enfermedades mentales.

Division tan sencilla y como adecuada á la naturaleza de la materia que debemos exponer, nos permitirá ir adelantando desde lo mas conocido á lo que lo es menos, y nos ahorrará repeticiones de concepto, que de otra manera no podrian evitarse.

Así, pues, por este medio esperamos lograr mayor claridad en las ideas y al propio tiempo brevedad en la exposicion.

CAPÍTULO IV.

PARTE PRIMERA.

FRENO-PATOLOGÍA GENERAL Ó PATOLOGÍA TERAPÉUTICA GENERAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

La FRENO-PATOLOGÍA,—nombre dado por Guislain á la seccion de la Patología que trata de las enfermedades mentales—es sin disputa una rama de la Clínica médica; pero su ejercicio requiere tan particular cultivo de los conocimientos que dicen relacion á la estructura y funciones de los centros nerviosos y á las manifestaciones de la actividad psíquica; el individuo vesánico, objeto del estudio, difiere por tantos conceptos del sugeto de otras tareas clínicas; los procedimientos analíticos para observar médicamente á los pacientes son tan distintos de los que se emplean en otros males, y, por fin, los recursos de que hay que echar mano para tratar las enfermedades mentales, se parecen tan poco á los de que nos servimos para combatir las otras afecciones, así médicas como quirúrgicas; que bien puede sostenerse que, si existen, y deben prácticamente existir, especialidades en el terreno de la Clínica, ningun ramo de la Medicina curativa tiene tantos ni tan poderosos motivos para ser atendido con un cultivo especial como la Freno-patología.

Basta lo dicho para comprender que el estudio de la enajenacion mental solo á la Medicina incumbe y que, por mas que el frenópata deba hallarse adornado de conocimientos filosóficos, que no le son indispensables al médico que visita enfermos de cualquier otro género, ni el psicológico, ni el metafísico, ni el moralista podrán jamás tratar con ventaja asunto tan esencialmente biológico como es la enfermedad mental. Fuérale mas fácil al químico puro, que desconociese los fundamentos de la Medi-

cina—la Anatomía, la Fisiología, la Patología y la Terapéutica—acertar el conocimiento y el remedio de una enfermedad somática, que al idealista puro formar el diagnóstico y acertar el tratamiento de una vesánia.

Hoy dia, sin conocimientos químicos no se concibe el ejercicio de la clínica en las enfermedades comunes; pero estos conocimientos constituyen solo uno de los *medios de estudio* ó *recursos* de aplicacion terapéutica. El médico debe poseerlos, para hacer uso de ellos con el criterio biológico que distingue á nuestra ciencia. Lo mismo cabe decir de los conocimientos psicológicos: son de absoluta necesidad para el frenópata; pero solo este, que posee el criterio médico fundamental, puede sacar partido de ellos para juzgar de las enfermedades mentales.

Desde este punto de vista, columbramos ya la vasta extension de terreno que tenemos que recorrer, y por lo tanto, á fin de tener una pauta segura que dirija nuestros pasos y nos preserve de divagar en los complexos asuntos en que debemos ocuparnos, creemos indispensable proceder á una clasificacion métodica de nuestros estudios.

Como es natural, tratándose de una materia que, sin dejar de ser esencialmente biológica, tiene íntimos enlaces con las ciencias especulativas, tendremos que empezar ventilando algunas cuestiones filosóficas cuya determinacion fijará nuestro criterio para lo sucesivo. Estas cuestiones, que formarán los *Preliminares* de este tratado, son:

1.ª Determinacion del valor de las palabras *razon humana*, *libre albedrío*, *entendimiento*, *voluntad*, *conciencia*, y otras de sentido psicológico poco definido y de uso muy frecuente en Freno-patología.

2.ª Definicion de la enfermedad mental.

3.ª Exposicion y seleccion razonada de la terminología usada en medicina mental.

4.ª Naturaleza de las enfermedades mentales.

Y 5.ª Determinacion del asiento de las mismas.

En pos de esas nociones preliminares, y despues de haber demostrado el asiento cerebral de las enfermedades mentales, entraremos en el fondo de nuestra materia, tratando:

1.° De la Anatomía de textura de los centros nerviosos.

2.° De la Fisiología de los centros nerviosos, ó por mejor decir, Fisiología cerebral, que comprende: 1.°, las propiedades generales de los centros nerviosos; 2.°, las propiedades fisiológicas de las diferentes secciones en que se presenta anatómicamente

dividido el sistema-nervioso cerebro-espinal, y 3.°, las funciones cerebrales propiamente dichas.

3.° De la Anatomía patológica general de los centros nerviosos; estudio que abarcará: 1.°, la Anatomía patológica especial del cerebro, y 2.°, la Anatomía patológica del cerebro en las enfermedades mentales.

4.° De la Sintomatología general y Patogénia de las enfermedades mentales. En esta seccion estudiaremos: 1.°, los síntomas psíquicos, ó frenopáticos propiamente dichos; y 2.°, los síntomas somáticos de las enfermedades mentales.

5.° Del curso y terminaciones de las enfermedades mentales.

6.° Del Diagnóstico general de las enfermedades mentales.

7.° De la Etiología de la alienacion mental.

8.° De la Clasificacion de las enfermedades mentales.

9.° Del Pronóstico de las mismas.

Y 10. De su Terapéutica, deteniéndonos especialmente en la descripcion y funcionamiento de los asilos destinados á los enfermos afectados de enajenacion mental.

En cuanto la materia lo permita, procuraremos reasumir las cuestiones complexas que se presten á ello, por medio de cuadros sinópticos, á fin de que al lector le sea dable abarcar en un golpe de vista el asunto tratado en el respectivo capítulo.

Este método de exposicion, difiere algun tanto del que figura en las obras clásicas de Medicina mental. En este punto nos guia la idea de no incurrir en el exclusivismo en que han caido la mayor parte de los autores, pecando unos por excesiva aficion á las cuestiones especulativas, y dando otros poca importancia á estas, para dejarse llevar á un abuso médico-literario, que llamaremos *nosografismo*.

CAPÍTULO V.

NOCIONES PRELIMINARES.

I.

Determinacion del significado de las palabras razon humana, voluntad, libre albedrío, entendimiento, conciencia, etc.

Así como la primera cuestion que se presenta á los ojos del fisiólogo consiste en definir la vida, á los del higienista la salud, y á los del patólogo la enfermedad, el primer problema que encuentran planteado el psicólogo, el moralista, el médico-legista y el frenópata, estriba en la definicion de la *Razon humana.*

En tanto el hombre disfruta de su Razon, su entendimiento está sano—*mens sana*—y en tal concepto, es responsable de sus acciones. Desde el punto en que sus voliciones y sus actos no son guiados por esta soberana luz de justicia y de verdad, se halla constituido en estado de *enajenacion*, ó *enfermedad mental* (1) —*in-sanies*, *ve-sania*—y, por lo mismo, no es moralmente libre.

Es, por lo tanto, de suma importancia moral, social, legal y médica saber en qué consiste la Razon humana. Por no mediar acuerdo en este punto entre los legistas, los ideólogos y los médicos, los jueces, con lamentable repeticion, condenan á expiaciones indebidas á individuos que, lejos de ser acredores al castigo, son dignos de que la ley los ampare como merecen las personas desvalidas.

¿Qué es, pues, la *Razon humana*?

Segun el *Diccionario de la lengua española*, la Razon consiste

(1) Por mas que lo contrario piense M. Despine, las locuras que él llama *instintivas* son estados patológicos.

en la *facultad de raciocinar y discurrir*.—Basta haber observado algunos locos, para comprender los profundos errores que esta definicion encierra. Son muchos los enajenados que raciocinan y discurren correctamente, formando juicios, enlazándolos y comparándolos, deduciendo é induciendo con entera sujecion á las reglas de la lógica. El que sufre manía de persecuciones, ve en las personas que le son mas afectas enemigos concertados para hacerle padecer ó quitarle la vida, envenenando los alimentos y bebidas que debe tomar, mefitizando el aire que ha de respirar ó envolviéndole en una atmósfera de flúido eléctrico, para paralizar sus entrañas. Consecuente con estos juicios, huye de sus parientes, aborréceles con mortal encono y medita, y aun quizás realiza, su exterminio. ¿Quién duda que este alienado discurre y raciocina con correcta lógica? Por efecto de una pasion morbosa que le domina, sufre errores patológicos; mas las operaciones intelectuales no manifiestan la menor anomalía.

Tampoco la Razon humana puede definirse, como lo hace Satur, en la *Enciclopedia moderna*, diciendo que es «la percepcion de la relacion ó juicio,» pues esto equivaldria á establecer que es la facultad de comparar. Comparar, en efecto, no es mas que percibir las relaciones de unos objetos con otros, de unas ideas con otras y de unos juicios con otros. Cierto, que sin la facultad de comparar, no seria posible el ejercicio normal del entendimiento; pero para que haya la armonía fisiológica en las facultades morales é intelectuales, no basta la integridad de la comparacion: de no ser así, resultaria que muchísimos estados frenopáticos caracterizados por alteraciones que no afectan á la comparacion, deberian ser considerados como estados de razon y de completa cordura.

Segun Descartes, la Razon es «el poder de juzgar bien y discernir lo verdadero de lo falso y lo justo de lo injusto.» Dejando aparte que no faltan vesánicos que juzgan atinadamente y que distinguen lo verdadero de lo falso y lo justo de lo injusto, para que la definicion cartesiana tuviera algun valor, seria preciso que supiéramos en qué consiste lo verdadero y lo falso, lo justo y lo injusto. Estas apreciaciones resultan de fenómenos estéticos puramente individuales, por lo cual, lo que para ciertos hombres es verdadero ó justo, en *sentir* de otros es falso é injusto.

Kant, que distingue la *Razon pura*, atribuyéndole la facultad de conocer, y la *Razon práctica*, que es esta misma facultad cuando se aplica á la direccion de nuestras acciones, incurre en los mismos defectos de claridad y de precision que hemos criti-

cado en definiciones anteriores, pues confunde la Razon con el entendimiento y la considera como una facultad ó actividad particular del espíritu.

Análogos inconvenientes encontraríamos, si nos fuera permitido analizarlas una á una, en todas las definiciones de la Razon humana que los filósofos han aventurado conforme á los principios de su respectiva escuela. Veríamos que el culminante defecto de todas estriba en considerar á la razon como una facultad, como un poder ó como una causa, siendo así que es un resultado ó un efecto complexo. Siempre pecaron los ideólogos por el mismo extremo: por el de atribuir consideracion de entidades activas á lo que no son mas que fenómenos de los centros nerviosos, concediendo atribuciones de séres á las palabras que ha sido preciso inventar para expresar los conjuntos de estos diferentes fenómenos.

La razon es un estado opuesto al de locura, como la salud es la antítesis de la enfermedad. Donde hay razon no hay locura; donde hay locura no hay razon. La razon es, pues, la salud ó el estado hígido del entendimiento, así como la locura, ó *sin-razon* es la enfermedad mental. Esto es lo suficiente para ver, con entera claridad, que la Razon humana no es una facultad; del mismo modo que la salud no es tampoco una fuerza. La razon es, pues, el estado normal de la mente, que resulta de la armonía fisiológica de las aptitudes ó facultades morales—comprendiendo entre estas los instintos—é intelectuales. Esta integridad y esta armonía, podríamos decir, glosando la definicion del doctor Mata (1), que se manifiesta por el poder de dirigir nuestras acciones por medio de la reflexion y sus auxiliares á la realizacion de nuestros impulsos interiores conforme á las leyes de la organizacion.

Estas ideas concuerdan bastante con las del doctor Despine (2), para quien la Razon, en la mas lata excepcion de la palabra, consiste en el conócimiento de las verdades científicas, procuradas por las facultades intelectuales, y en el conocimiento de las verdades morales, que nos proporcionan las facultades instintivas. Por estas últimas, el hombre es moralmente libre y responsable de sus acciones, y en tal concepto, la razon moral es la única que nos guia conforme al bien, ó sea moralmente.

De ahí resulta que, segun el doctor Despine, existe una razon

(1) *Tratado de la Razon humana*, página 327.
(2) *De la Folie au point de vue philosophique, ou plus specialement psicologique.*—1875.

intelectual y una razon *instintiva*, lo cual, no obstante, no significa que la Razon sea una facultad especial. Si lo fuera, no se comprenderian esos estados frenopáticos en los cuales el hombre no manifiesta locura mas que en un cierto órden de ideas, apareciendo razonable y cuerdo en lo demás; no se comprenderian las locuras parciales, llamadas tambien mono-delirios y delirios limitados, porque no seria posible concebir una lesion parcial de una facultad de la cual resultase que esta estuviese en parte dañada y en parte completamente íntegra. El simple enunciado manifiesta el absurdo.

Con esta idea de la razon humana, será fácil comprender en qué consiste la locura. Si una viva emocion, si un estado emocional morboso se amparan del espíritu, dominando por completo la moral, las ideas instintivas, que, en otro caso, ilustrarian el entendimiento acerca lo que es moralmente bueno ó malo, se hallarán reemplazadas por otras ideas instintivas que suscita la pasion. Nada contrabalancea el impulso que de estas dimana; los actos del hombre dejan de estar conformes á la razon, y el sugeto, ofuscado por sentimientos morbosos, deja de ser responsable.

En semejante estado, las facultades intelectuales se hallan bajo el poder de las instintivas, y todo se ve por el prisma de la emocion dominante: los juicios son erróneos; el raciocinio, aunque lógico, exagera el error, y la reflexion, por consiguiente, no dirige nuestros impulsos internos *conforme á las leyes de la organizacion*. De esta suerte, aquel á quien domina una pasion morbosa de tristeza—lipemania—puede creerse perseguido por cuantas personas le rodean; los gestos de estas, sus palabras mas cariñosas, le hacen efecto de amenazas y descubre en todo intenciones dañinas. En vez de buscar consuelos en el seno de la familia, evita la presencia de sus parientes y anhela la soledad; huye de su casa, divaga por los campos, arrostra todo género de privaciones, y, si no se llega á tiempo, tal vez consuma el suicidio.

La subordinacion de las facultades intelectuales al poder de las morales ó instintivas, no es un hecho propio y exclusivo del estado patológico ó de sin-razon; antes al contrario, constituye una ley en el estado fisiológico del entendimiento humano. Por esto decimos que *la pasion nos quita el conocimiento*. Al sugeto de quien creemos haber recibido algun agravio, le vemos plagado de defectos y de imperfecciones; sus mas relevantes virtudes las calificamos de vicios reprobables: si es humilde y senci-

Ho, llamámosle hipócrita; si digno, desinteresado é incorruptible, le tachamos de cruel y orgulloso; si pulcro y aseado, decimos que es vanidoso; si parco y económico, avaro. Al contrario, los padres ven en sus hijos todas las bellezas físicas y morales imaginables; el enamorado contempla en el objeto de su afecto, perfecciones celestiales..... Lo propio acontece en política, en religion, en filosofía, etc.: solo es bueno lo que está conforme al partido á que estamos afiliados; en el opuesto bando no vemos sino inmoralidad, cobardía, crueldad, doblez, impiedad y logomáquia.

Cuanto mas arde la pasion, tanto se ofusca el entendimiento. Cuanto mas se conturba la moral del alienado, tanto se exagera el delirio. Desde él punto en que amaina la tempestad que levantan las pasiones en el espíritu, la inteligencia recobra sus derechos y el juicio se aclara. Entonces, si ninguna otra pasion lo impide, reconocemos el error y brota el remordimiento. Los intervalos de remision y lucidez que presentan los enajenados, dependen de la sedacion del estado emocional. Los cambios de ideas, tan frecuentes en los locos, tienen su orígen en una modificacion de los sentimientos ó facultades afectivas. En la manía de doble forma, se observa un período de tristeza y de abatimiento en que al enfermo solo le asaltan ideas lúgubres; en pos de este, se presenta otro estadio de expansion, en que únicamente surgen pensamientos de grandeza, de fuerza ó de destruccion; viene, por último, un período de lucidez completa, durante el cual no restan aparentes vestigios de enajenacion mental y pudiera creerse en la curacion definitiva, si la experiencia clínica no hubiese enseñado la existencia de esta insidiosa succesion, que ha valido á la enfermedad el significativo nombre de *locura circular*.

La razon intelectual consiste en el conocimiento de las verdades naturales ó científicas. Es, pues, el producto de la actividad de las facultades intelectuales, y por lo mismo, no es una facultad especial. Por este conocimiento somos intelectualmente razonables. El defecto de los conocimientos que adquirimos por medio de estas facultades, constituye la *ignorancia*; considerar como verdaderos los productos falsos de la inteligencia, es estar en el *error*.

Se puede estar loco teniendo sanas las facultades intelectuales; la locura no tiene su punto de partida en la inteligencia, sino en los sentimientos y en las pasiones morbosas. Por esto las manifestaciones de la pasion se parecen tanto á los síntomas de

la enajenacion mental. De ahí que Falret haya dicho que el prototipo de la razon consistiria en la ausencia de todo sentimiento y de toda pasion, de lo cual resultaria perfecta calma de espíritu. Pero este estado es como la *temperies* teoría de los médicos dogmáticos, que solo existe como un tipo ideal. En la naturaleza, un hombre sin sentimientos ni afecciones seria un caso teratológico nunca visto.

Así, pues, cuando se dice locura, no se quiere significar un estado antitético á la razon intelectual, sino lo opuesto á la razon moral; pues la enajenacion mental tiene mas bien un orígen afectivo que intelectual, por mas que en la locura esté mas ó menos directamente comprometida la inteligencia.

Si conocer no es sentir, seria un error imperdonable confundir el *entendimiento* con la razon, valdria tanto como si, en los términos de la negacion, confundiéramos la ignorancia y el error con la locura. Cierto que la inteligencia es un elemento integrante de la razon; pero, como, segun llevamos dicho, puede aquella hallarse íntegra y haber locura, resulta que la razon es al entendimiento, lo que la suma es á uno de los factores.

Tampoco debe confundirse la Razon con la *voluntad* ni con el libre albedrío. La voluntad no es tampoco una facultad especial, sino un poder inherente á las diferentes facultades psicológicas en cuya virtud el hombre quiere conforme á determinados impulsos. Estos impulsos, ó *motivos*, son de dos órdenes, á saber: el interés, que provoca los deseos, y el deber, sentimiento instintivo en el hombre, que le inclina á querer lo que cree moralmente bueno, y á no querer lo que cree moralmente malo. La accion de estos dos órdenes de móviles de la voluntad es tan cierta, que muchas veces queremos lo contrario de lo que deseamos. Deseamos atesorar riquezas; pero no queremos lo que á otro pertenece, pues el sentimiento del deber nos induce á respetar la propiedad ajena.

El *libre albedrío* es el poder de decidirse á querer con entera libertad. Cuando queremos lo contrario de lo que deseamos, porque el sentimiento del deber se sobrepone al del interés, se manifiesta el libre albedrío. Siempre y cuando la voluntad se mueve solo al impulso del interés ó del atractivo del placer, sin que en el mundo psicológico se levante el sentimiento del deber para contrarestar la fuerza del deseo, no queremos con libertad y, por lo mismo, no hay libre albedrío.

El libre albedrío es la condicion mas característica de la Razon humana. Si la pasion morbosa, suscitando impulsos instintivos —deseos—de normal intensidad ó mas ó menos exagerados, ofus-

ca el sentimiento del deber, no puede tener lugar este conflicto entre los deseos, oriundos del interés y de las aspiraciones individuales al placer, y el sentido moral que nos impele á querer lo bueno y lo justo. Entonces, la voluntad no es libre, pues el hombre obedece al solo móvil del interés.

Así, pues, el libre albedrío se manifiesta únicamente cuando en el espíritu hay lucha entre los deseos y el deber. Si la voluntad se decide por el lado del deseo, podrá suceder: ó que este no tienda á un acto vituperable, y entonces la accion será moralmente indiferente, ó que esta sea contraria á las leyes ó á la moral, y entonces el hombre habrá delinquido, por lo mismo que es responsable de su accion. Cuando el espíritu se siente exclusivamente empujado por los deseos y no media el antagonismo con el deber, no puede haber lucha, y, por consiguiente, no habrá libre albedrío, por lo cual el individuo será irresponsable.

De lo dicho se colige que, como la falta del libre albedrío es la condicion mas característica de la locura, el que se halla constituido en este estado, no puede menos que ser moralmente irresponsable. Conviene, empero, no inferir que donde quiera haya razon, deba existir libre albedrío y, por lo mismo, que todo el que tiene libre albedrío es totalmente razonable. Entre el libre albedrío y la razon existen, en verdad, muchos puntos de contacto; pero difieren entre sí por distintos conceptos. La razon moral resulta del conocimiento de lo que debemos hacer inspirado por el sentido moral del deber ó por el instinto del interés propio ó del de nuestro prójimo—que tambien se resuelve en interés propio, puesto que, haciendo bien á nuestros semejantes, experimentamos satisfaccion y placer.—El que carezca de libre albedrío, podrá continuar cuerdo y razonable, mientras los sentimientos que suscitan sus voliciones no sean malos, ó caso de que lo sean, se encuentren contrarestados por otros buenos de mayor intensidad. En el momento en que los sentimientos perversos no hallen oposicion mas potente en los sentimientos buenos, privado el hombre del sentido moral del deber, se hallará constituido en estado de locura, pues entonces no podrá menos que considerar como buenos y justos los sentimientos egoistas—buenos ó malos—que avasallen su espíritu.

Ahora resalta evidentemente la diferencia entre la razon moral, el libre albedrío y la *conciencia*. La conciencia es el conocimiento instintivo del bien y del mal; sin conciencia no puede haber libre albedrío. La conciencia es la fuente de la razon moral, pues esta dimana de aquella. Donde hay cordura hay con-

ciencia, hay libertad de eleccion entre lo bueno y lo malo y hay, por lo mismo, responsabilidad moral.

Condensando los puntos que han sido objeto de este capítulo, tenemos:

1.° Que existe notable vaguedad en la definicion de la Razon humana, confundiendo muy frecuentemente á esta con la voluntad, con el libre albedrío, con el entendimiento y con la conciencia.

2.° Que la Razon humana no es una facultad, una fuerza, sino un fenómeno nervioso-psicológico complexo, resultante de la armonía hígida de las aptitudes instintivas, morales é intelectuales del sugeto.

3.° Que la razon es un estado opuesto al de locura, en términos que se excluyen mútuamente.

4.° Que, siendo un resultado complexo, la razon humana consiste en el conocimiento de las verdades morales é intelectuales, por medio de las respectivas facultades y se manifiesta por el poder de dirigir, por medio de la reflexion y sus auxiliares, nuestros impulsos interiores conforme á las leyes de la organizacion.

5.° Que existe una *razon moral*, por la cual venimos en conocimiento de las verdades morales ó instintivas y de donde emana el conocimiento del deber y el sentimiento de los deseos, y otra *razon intelectual*, por la cual adquirimos, por medio de las facultades intelectuales, el conocimiento de las verdades naturales y científicas.

6.° Que hallándose, así en el estado fisiológico como en el morboso, las facultades intelectuales sometidas al poder de las instintivas, la cordura y la alienacion mental no dependen de la razon intelectual, sino de la razon moral; pues hay vesánicos que no manifiestan el menor trastorno intelectual, ó si lo ofrecen, es este efecto de una perturbacion en las facultades instintivas.

7.° Que no puede confundirse la razon con la voluntad; no siendo esta tampoco una facultad especial, sino el poder de querer, que es inherente á las otras facultades psicológicas.

8.° Que la voluntad dista mucho de ser esencialmente libre, pues cuando queremos, hay *motivos*—móviles—que nos inducen á querer, unas veces en sentido de nuestros deseos, otras conforme al sentimiento del deber moral.

9.° Que el libre albedrío, ó poder de decidirse á querer con entera libertad, aun cuando es la condicion mas característica del estado de razon, no es esta misma razon, sino uno de sus elementos, que solo se pone de manifiesto cuando en el espíritu se

entabla un conflicto entre los impulsos oriundos de los deseos y los que sugiere el sentimiento del deber.

10. Que, siendo el libre albedrío lo que da responsabilidad de las acciones, faltando á aquel en el estado de locura, no puede haber responsabilidad moral.

Y 11. Que la conciencia, ó conocimiento instintivo del bien y del mal, es condicion indispensable del libre albedrío, así como este lo es del estado de razon; por lo cual, no cabe confundirla con la conciencia, ni con la razon humana, ni con el libre albedrío.

§ II.

Definicion de la enfermedad mental.

ENAJENACION Ó ALIENACION es un término jurídico que significa la trasmision de una cosa que uno posee, á otro, quedándose, naturalmente, el donador sin la cosa enajenada. Por aplicacion y ampliacion de sentido, *alienacion mental* significa la privacion de razon. *Estar privado* significa, en español, estar alienado.

La *alienacion mental* es, pues, un estado en que el hombre no goza de razon; y aun cuando este hecho es el fenómeno mas culminante de la enfermedad mental, no la constituye por entero, pues la alienacion es solo un síntoma de aquella. Se puede estar alienado sin padecer una enfermedad mental propiamente dicha: el que está dominado por una viva pasion que ofusca su espíritu, privándole del libre albedrío, no está enfermo, pero sí momentáneamente alienado; del propio modo que, bajo la accion de ciertos agentes estimulantes, como el alcohol, el amoniaco, etc., ó por efecto de un ejercicio violento y sostenido se puede encender la calentura, sin existir un estado patológico que merezca el nombre de fiebre.

Segun M. Despine, la locura no es una enfermedad del cerebro, sino un estado psíquico anómalo, que acompaña á la enfermedad cerebral, pero que puede existir sin ella. Este autor apoya su aserto en las siguientes consideraciones: 1.° Los casos en que la autopsia ha manifestado menos trastornos anatómicos del cerebro ó la total ausencia de estos, son precisamente aquellos en que, durante la vida, se han visto mas exageracion, extravagancia y falsedad en las ideas. 2.° Si bien es cierto que en la locura hay fenómenos psíquicos y síntomas somáticos, estos no constituyen la locura, puesto que por sí solos no harian diagnosticar

la enfermedad mental, y desapareciendo mas tarde, como suelen desaparecer en las vesánias, no por esto cesa la locura. Los fenómenos psíquicos, constituyen, pues, por sí solos la locura, y esta no es más que efecto de la modificacion que el estado patológico del cerebro produce en el espíritu. 3.° Si la locura fuese una enfermedad cerebral, y por consiguiente orgánica, la razon, estado opuesto al de locura, no consistiria en un estado psíquico, sino en un estado somático hígido del cerebro. Y 4.° La prueba de que la locura no es una enfermedad, está en que en muchos casos se observa en personas cuya salud no puede ponerse en duda. En este caso se encuentran los afectados de la locura que el autor llama instintiva, tales como los melancólicos, los monomaniacos, etc.

No podemos aceptar estas ideas, por mas que el Dr. Despine, en su apreciable y laureada obra sobre la *locura desde el punto de vista filosófico*, las haya defendido con una habilidad y talento dignos de particular elogio. Los argumentos que opone á la doctrina somática de la locura, caen por su propio peso. Basta considerar que de las dos actividades, la psíquica y la cerebral, esta última es la única susceptible de modificaciones fisiológicas y morbosas, y que á estas modificaciones corresponden las manifestaciones de la actividad psíquica. De lo contrario, no se comprenderian alteraciones patológicas ó anomalías en un ente espiritual. Si las autopsias—por lo comun groseramente practicadas—en muchos casos de enajenacion mental, no han puesto de relieve lesiones orgánicas en la masa encefálica, de este hecho no se desprende que durante la vida dejase de haber cambios materiales en el cerebro. ¿No pudieron estos consistir en una hiperemia, que se desvaneció al morir el individuo? ¿No pudo haber una alteracion en la temperatura, en el estado eléctrico, en los actos químicos mas íntimos de las células nerviosas, modificaciones que no pueden encontrarse en el cadáver, por lo mismo que las condiciones de este son distintas de las en que se encontraba el sugetivo vivo en quien se observaron los síntomas frenopáticos? La belladona, el ópio, el hachisch, el extramonio, etc., determinan locuras transitorias; terminada su accion, eliminada del organismo la sustancia, no restan vestigios de su paso en los centros nerviosos: ¿podríamos, empero, decir que los fenómenos frenopáticos que, por la accion de los referidos tóxicos, se han desarrollado, son efecto de una modificacion que estos han impreso en el alma y no de un cambio en el organismo cerebral?

Cierto que el estado de razon es un estado moral opuesto al de locura; pero el estado moral hígido depende del estado somático, tambien hígido, del cerebro, así como el estado psíquico anómalo de la locura, es el resultado del estado morboso somático del cerebro. Si manifestamos estar sanos de espíritu, es en cuanto está sano el órgano por el cual el alma manifiesta sus actividades: el estado de razon arguye, por consiguiente, normalidad cerebral. ¿Cómo, pues, el estado de locura podria existir sin alteracion cerebral?

Considerar como personas sanas á las que sufren alguna de las locuras que Despine llama instintivas, es una novedad digna de un psicólogo, y que hasta el presente no se habia ocurrido á ningun frenópata; en prueba de lo cual tenemos el hecho de que frecuentemente la Medicina interviene de un modo favorable, con el arsénico, el opio, la digital, el hachisch y otros agentes farmacológicos, para lograr la curacion de esta clase de enfermedades mentales.

La doctrina de M. Despine conduce á una monstruosidad moral y social. Admitiendo la posibilidad de la locura en una persona sana, se llega al desconsolador extremo, á que se ha dejado arrastrar este autor, de considerar como locos sanos á los perpetradores de los mas grandes crímenes. Poseidos estos de idiotismo moral, que produce insensibilidad para el remordimiento, adolecen de una perversion innata que les exime de toda responsabilidad; y como tales acciones criminales no se comprenden sin este idiotismo moral, M. Despine considera que solo son punibles los autores de delitos de menor gravedad, siendo los demás, no malvados, sino *locos sanos*, cuyo espíritu presenta monstruosas anomalías. Así es como, para M. Despine, los excesos de la *Commune* de Paris fueron la expresion sintomatológica de una epidemia de locura moral que, preparada desde largo tiempo en Francia, estalló á la caida del Imperio (1): Víctor Hugo, predi-

(1) «¡El socialismo!—dice, pág. 772;—tal es el nombre de la epidemia moral de que voy á ocuparme. Esta epidemia no es nueva; bajo diferentes nombres se ha presentado en otras épocas, y despues de haber cedido por un tiempo mas ó menos largo, ha surgido nuevamente cuando sus causas se han encontrado en condiciones para producirse y desarrollarse. Teniendo sus raíces en las pasiones inherentes al hombre, esta epidemia moral tendrá siempre propension á reaparecer. Esta circunstancia exige, pues, de parte de los gobernantes la mayor vigilancia. *¡Caveant consules!* Las pasiones que dan pié á esta enfermedad comun, son: la codicia grosera, el deseo de poseer el bien de otros y vivir gozando los bienes de la vida sin pena ni trabajo; la envidia excitada por el espectáculo del lujo exagerado y de los placeres imprudentemente manifestados por las riquezas; la impaciencia de llegar á los honores y al poder, y el orgullo de que, en general, están henchidos los mas incapaces.....» «La epidemia moral que acabamos de atravesar—continúa en

cando la democracia y cantando las glorias del trabajo, no es mas que un loco incurable en nuestros asilos (1); los mártires de la religion fueron fanáticos, cuya razon se extravió por un sentimiento sublime; los anabaptistas se hallaban constituidos en condiciones análogas, bien que sus ideas no fueron dignas de la apoteósis....; todos los sentimientos que han tenido el privilegio de levantar un general entusiasmo, conduciendo á los hombres hasta el sacrificio de la vida, son, para el autor, otras tantas manifestaciones de esa *locura del hombre sano*. Así se esfuerza en demostrarlo en un detenido y erudito exámen que, en la mencionada obra sobre la *Locura desde el punto de vista filosófico*, hace de las distintas epidemias morales que han afligido á la humanidad, y especialmente á la Francia. Solo es de notar que, en este análisis, M. Despine haya omitido la descripcion y calificacion del estado mental de los vendeanos, cuya epidemia moral costó caudalosos rios de sangre á la vecina República, y que ni tan siquiera manifieste tener noticia de la epidemia de idéntica forma y de análogo orígen—el carlismo,—que en la actualidad se ceba en la poblacion de España. ¿Acaso, en esta ocasion, el sabio médico-psicologista de Marsella sufria en su inteligencia la apasionada obnebulacion que en cada uno de nosotros, segun su propio concepto, produce el granito de locura que nos es característico?

No se puede, pues, negar que la alienacion mental es un hecho tan característico del estado patológico, como la fiebre, y en tal concepto, solo podrá ser exacta y útil una definicion desde el punto de vista de la Patología.

---

la pág. 801, despues de haber rebatido las razones del Dr. Morel para demostrar que los hombres de la *Commune* no eran locos, sino criminales,—y que aun tendremos que atravesar, debe tratarse como todas las epidemias morales. Determinada por causas morales, debe tratarse con medios morales preventivos y curativos, y no con verdaderos castigos.»

Si los hombres del gobierno de Versalles han leido la obra de M. Despine, no se comprende puedan sobrevivir al remordimiento que ha de inspirarles el recuerdo de los terribles castigos impuestos á los *inocentes* de la *Commune*....; á no ser que, participando aquellos de otra epidemia moral, la de la aristocracia, al parecer olvidada por M. Despine, pero que aun es de data mas antigua que la locura democrática, sean, como aquellos infelices, incapaces de sentir la peña de no haber obrado conforme á la moral.

(1) «Que Víctor Hugo, arrastrado por el orgullo y otras pasiones, ha venido á parar al estado paíquico que constituye la locura, no puede negarse; lo ha demostrado mas de una vez por las ideas irracionales de que se ha hecho apóstol; pero, á buen seguro que no se encontraria un médico que para ese poeta quisiera firmar un billete de admision en un asilo, con el fin de someterle á un tratamiento médico.» Tambien Demócrito fué calificado de loco por los abderitanos; verdad es que á este, un médico, Hipócrates, le rehabilitó diciendo que era el hombre mas sabio de su siglo;.... á Víctor Hugo trata de desacreditarle un médico..... ¡ pero idealista !

Colocados en este terreno, y recorriendo las diferentes definiciones que los autores han dado de este estado morboso y que, en obsequio á la brevedad, creemos del caso omitir, hallamos que la de Esquirol, aun cuando adolezca de algunas imperfecciones, es la que mas cumple al objeto: «*La enajenacion mental*, —dice este ilustre frenópata—*consiste en una afeccion cerebral, generalmente crónica, apiréctica y caracterizada por desórdenes de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad*;» á lo cual añadiríamos «*faltando en el sugeto la nocion instintiva del estado morboso que le aqueja, ó, caso de tener este conocimiento, careciendo de capacidad para dominar por completo sus sentimientos ó ideas delirantes.*»

Aun á riesgo de adelantar ideas que tendremos que explanar mas adelante, creemos que en esta ocasion debemos manifestar la importancia de la adicion que se propone. Uno de los fenómenos mas característicos de las enfermedades mentales, estriba en que los pacientes carecen de esa nocion de estado morboso que el instinto sugiere cuando nos aqueja cualquiera enfermedad esencialmente somática. Hay casos, bastante frecuentes, en que el vesánico conserva cierto vago conocimiento de que se ha trastornado su razon; pero esta nocion es siempre insuficiente para hacerle salir de su estado. En el período inicial de las enfermedades mentales, el sugeto se da cuenta de que un grave trastorno se apodera de su entendimiento y entonces suele exclamar: «*¡yo me vuelvo loco! ¡yo pierdo el juicio!*» Estas frases, expresion de un sentimiento morboso, han pasado al lenguaje hiperbólico, y las prodigamos para dar idea de lo profundo de las emociones que en ciertos casos nos dominan. Al contrario, no se encuentran en el lenguaje comun figuras de diccion equivalentes á las de «*yo me he vuelto loco*,» «*yo he perdido la razon*,» siendo así que son muy usuales las de «*¡te has vuelto loco!*» «*¡has perdido el juicio!*»

Es que aquellos no existen en la naturaleza, y por lo mismo, el lenguaje pintoresco no los puede copiar. El dialecto catalan tiene otra frase, que por sí sola definiria perfectamente la locura. Tratándose de una persona flaca de entendimiento, alocada ó de cortos alcances, solemos decir: *pobret, pateix y no s'ho coneix*,—pobrecito, padece y no se lo conoce—con lo cual damos á entender que quien está enfermo y no tiene conocimiento de que lo está, no puede ser sino un loco, y al propio tiempo denotamos la compasion que su estado nos inspira.

Cuando la enfermedad mental entra en los umbrales de la

convalecencia, renace en el paciente la nocion del estado anormal de su entendimiento; pero esta no suele presentarse sino de un modo gradual y sucesivo. El enfermo se mantiene menos firme en su delirio; concede algo á los que le arguyen con buenas razones; conviene en que hubo exageracion en ciertos conceptos; duda de sus sensaciones, y acaba por recordar y confesar paladinamente todos los extravíos de que fué víctima su razon. Por esto, desde el punto de vista pronóstico, se puede asegurar que no hay signo de mas favorable augurio, en la semiótica mental, que la reaparicion de la nocion del estado morboso psicológico y que no debe darse por curada una vesánia en tanto el individuo no se dé exacta cuenta del trastorno que sufrieron sus facultades mentales.

La Medicina legal puede sacar gran partido de las ideas que encierra la adicion que proponemos; pues, partiendo de estos principios, cuando un individuo declare que reconoce su locura ó que intencionadamente haga de modo que esta se ponga en evidencia, halagándole, en vez de ofenderle, el que se le trate como loco, se tendrá casi la seguridad de simulacion de enfermedad mental. Nada hay, en efecto, que tanto sobrexcite á los alienados como el que, mas ó menos directamente, se les dé á comprender que se les considera privados de razon.

§ III.

Terminología, ó vocabulario de las enfermedades mentales.

Las cuestiones terminológicas no son supérfluas, siempre y cuando, al ventilarlas, se aspire á hacer desaparecer la vaguedad que la mal definida acepcion de las palabras produce en la ciencia. Esta vaguedad reina aun, por desgracia, en el vocabulario de las enfermedades mentales, poniéndose sobre todo de manifiesto este defecto por parte de los juristas, quienes, como no siempre procuran hallarse al nivel de la parte de las ciencias médicas que les atañe conocer, emplean voces cuyo sentido científico dista mucho de ser el que suelen atribuirle. De ahí que les veamos confundir, bajo la denominacion de *dementes*, á los maníacos, á los furiosos y á los melancólicos.

Importa, por consiguiente, que, desde este instante, procuremos dejar bien determinada la significacion de las palabras

que dicen relacion á la patología especial de las enfermedades mentales.

Siguiendo un órden cronológico, encontraremos que las voces *Manía*, *Melancolía*, *Insánia*, *Demencia* y *Delirio* son las que de tiempo mas antiguo figuran en la ciencia.

Manía: esta palabra tenia entre los antiguos un sentido bastante indeterminado. Así, al paso que Hipócrates, á usanza de los griegos, la empleó para designar el delirio violento, Galeno se servia de ella para expresar la melancolía ó el delirio crónico. Hoy dia significa simplemente un estado morboso caracterizado por la exaltacion de las facultades mentales. En punto á su etimología, hay bastante discordancia; unos dicen que deriva del verbo griego *mainomai*,—yo estoy furioso,—otros, con Esquirol, creen que viene de *Mene*,—la luna,—y que, en tal concepto, tiene íntimo parentesco con la voz *Mena*, diosa del flujo menstrual. El caso es què, en la actualidad, la palabra manía está generalmente adoptada, entrando en la formacion de otros nombres, tales como *lipemanía*, *mónomanía*, *demonomanía* y otros, de mas ó menos feliz combinacion.

La voz *melancolía* recuerda las doctrinas humoristas y deriva de *melas*, negro, y *chole*, bílis. En los libros hipocráticos, significa tristeza morbosa, atribuida al trasporte de la atrabílis al cerebro. Tal vez, como dice Guislain, los antiguos, con ese genio de observacion que tanto nos admira, notaron el tinte sombrio que vela el semblante de los melancólicos, y por ende dedujeron la existencia de un humor pecante, tambien negro, que no podia ser otro que la atrabílis.

Insánia es un nombre latino, compuesto de *in*, privativo, y *sanus*, sano,—en este caso, sano de la razon.—Igual valor y análoga procedencia etimológica tiene la palabra *vesania*—de *ve*, privativo y *sanus*,—empleada desde Sauvages, para designar genéricamente las enfermedades mentales.

Delirio, es otra palabra latina, compuesta de la partícula *de* y *lira*, que significa *surco*; *delirar* vale tanto como *torcer el surco*, ó apartarse de la línea recta. Se emplea mas comunmente para expresar el desórden que las facultades intelectuales, que para designar una forma particular de las enfermedades mentales.

Demencia, se compone de *de*, privativo y *mens*, espíritu ó entendimiento. Hoy dia significa el trastorno mental caracterizado por la pérdida, total ó parcial, de las facultades mentales. El mismo significado tienen las palabras *amencia*, de uso poco fre-

cuente, y *vecordia*—de *ve*, privativo y *cor*, *cordis*, corazon, alma, curiosidad—menos usada aun.

La palabra *locura*, equivalente á la francesa *folie*, tiene valor genérico sinónimo de enfermedad mental. Más moderna y de uso mas científico es la voz *alienacion mental*, cuya etimología queda explicada en la página 31. Los latinos solian llamar *mente captus* á los locos; de aquí deriva la palabra española *mentecato*.

Los alemanes, considerando que la alienacion mental consiste en un trastorno del espíritu, tienen el nombre de *seelenstörungen*, que equivale á *enfermedad del espíritu*, expresion frecuente entre los literatos, pero desusada, por lo impropia, por los frenópatas.

Guislain ha hecho un ensayo, bastante feliz, en sentido de preparar una reforma en la nomenclatura de las enfermedades mentales. Al efecto, ha tratado de buscar una palabra radical que tuviera una acepcion general: desechando la voz *kephalè*—cabeza—como poco adecuada, adopta la palabra, *phern* ó *fren*, que equivale á entendimiento; observando que, si los antiguos colocaron el *phren* en la region diafragmática, fué porque creyeron que en este sitio estaba el foco de la inteligencia y de las pasiones. Entre las voces *mental* y *psíquico*, prefiere la primera, pero á ambas las encuentra poco apropiadas, por cuanto significan la parte espiritual, y no existen enfermedades del alma; además, la adopcion de la palabra *psique*, como radical, ofreceria graves inconvenientes eufónicos, que sin duda no presenta la voz *fren*, usada en todas las épocas históricas de la Medicina, pues, si los antiguos decian *phrenitis*, *paraphrenesis* y *paraphrenitis*, los modernos decimos *Frenología*.

Del radical *phren* ó *fren*, salen los siguientes nombres:

Frénia: estado mental, en la mas lata significacion de la palabra.

Frénico: lo que pertenece al *fren*.

Frenografía: tratado de las facultades morales é intelectuales.

Frenógrafo: equivale á psicólogo é ideólogo.

Frenología: ciencia de los fenómenos del entendimiento.

Frenólogo: el que cultiva la frenología.

Frenópata ó *freniatra:* es lo mismo que médico alienista.

Frenocomio: establecimiento para albergar y curar alienados.

Frenotirbe: perturbacion de la funciones intelectuales y morales.

Frenopatía: enfermedad mental, equivalente á *psicosis* ó *psicopatía*.

Frenopático: el sugeto alienado.

Frenoterápia: terapéutica mental; dícese tambien *psiquiatría.*

Frenálgia: dolor moral, melancolía ó lipemanía.

Hiperfrénia ó hiperfrenopatía: Sobrexitacion mental ó pasional ó sea la manía.

Parafrénia: Extravagancia y originalidad de las acciones; locura ó fatuidad.

Frenoplexia: Conmocion moral ó éxtasis.

Ideofrénia: El delirio.

Afrénia: Ausencia de facultades morales ó intelectuales.

Frenotrófia: Nombre dado por Fuchs al idiotismo.

Frenesia: Inflamacion aguda del cerebro ó de sus meninges, con furor.

Ortofrénia: Direccion ó educacion moral é intelectual.

Aun cuando la idea del ilustre profesor de Gante es plausible, por cuanto tiende á normalizar la terminología de las enfermedades mentales, no puede hoy dia adoptarse sin reserva, pues las nuevas denominaciones no han logrado aun reemplazar á las antiguas de *melancolía, manía, locura,* etc., razon por la cual nos limitamos á usar de aquella nomenclatura para completar la sinonimia, y nos atendremos á los nombres de aceptacion mas general.

CAPÍTULO VI.

DE LA NATURALEZA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

¿En qué grupo nosológico deben incluirse las enfermedades mentales? ¿Es lícito, en el estado actual de la ciencia, comprenderlas entre las neurosis?

Para preparar la solucion de estas cuestiones, expongamos sumariamente las diferentes teorías que se han emitido respecto á la naturaleza de las enfermedades mentales. Solo comprendiendo lo que son, podremos saber cómo deben clasificarse.

Como en todas las cuestiones científicas que se rozan directamente con la filosofía, en lo relativo á la naturaleza de la alienacion mental, encontramos las opiniones divididas en dos escuelas: el *idealismo* y el *organicismo*. Para los idealistas, la locura no depende de un daño ó lesion corporal, sino que consiste en una afeccion ó estado anómalo del espíritu, comparable al pecado ó al error. Exagerando un tanto las consecuencias de este principio, se ha creido que un tal estado del alma era debido á una imposicion de la divinidad ó al influjo de poderes sobrenaturales. De ahí que los gentiles la atribuyeran á Venus, á Apolo ó á las Furias; los cristianos á los maleficios de Satan, y en los tiempos de Alquimia, al poder de ciertos filtros y hechizos.

Sthal, para quien el alma era el agente de la vida, no pudo menos que referir la locura á un trastorno del espíritu; para él, el delirio era un error provocado por la exageracion de las pasiones y sostenido por el exceso de atencion que el alienado presta á sus ¡deas.

Henriot consideró la locura como una enfermedad del espíritu, sin parar mientes en que en el alma, por su misma naturaleza espiritual, no se comprenden alteraciones, trasformaciones ni enfermedades, sin que resulte negada su inmortalidad. En con-

cepto de este autor, la locura y el pecado no difieren esencialmente; el dolor moral de los alienados, es el remordimiento del pecado. La locura, á su modo de ver, no se traspasa por herencia, pues el alma no es trasmisible por la generacion; lo que se hereda es el temperamento y la constitucion que predisponen á esta enfermedad del espíritu. A pesar de todo, el hombre que se halla en esta aptitud morbosa, tiene siempre en su espíritu suficiente fuerza para resistir los embates del delirio y evitar la locura. Esta asercion encierra un error crasísimo, que no se comprende en un médico de mediana instruccion.

La teoría de *Ideler*, aun cuando idealista, es mas científica que las que anteceden. La locura, dice, no depende de un extravío de la inteligencia, ni de la voluntad, sino de un trastorno de la sensibilidad moral. El hombre tiene inclinaciones y tendencias, cuyo objeto es excitar su actividad, que de suyo no son ni buenas ni malas; solo su excesivo desarrollo puede ser ilegítimo. Si todas estas inclinaciones se desarrollasen en igual proporcion, el hombre viviria siempre en esta reposada tranquilidad en que se manifiesta el libre albedrío; mas como estas tendencias no se ejercitan con uniformidad, frecuentemente carecemos de libertad moral.

«La inteligencia, como potencia natural, tiene una fuerza propia que le permite reaccionar contra la inclinacion dominante y resistir á su empuje; pero, para usar con ventaja de la inteligencia como fuerza moderatriz, es preciso que el individuo se conozca á sí mismo y que tenga conocimiento de la inclinacion que debe moderar.»

«Cuando una inclinacion se desarrolla hasta el punto de dominar las otras, merece y toma el nombre de *pasion*. La pasion, enérgica y violenta por naturaleza, se precipita sobre su objeto; pero, como la inteligencia marcha pausadamente, no siempre puede moderar la pasion, y entonces el hombre, arrastrado por esta, resulta criminal ó loco. No es *criminal* sino en el caso en que, desarrollándose gradualmente la pasion, deja espacio para la reflexion, puesto que el hombre apasionado es responsable de sus actos en tanto conserva la presencia de espíritu con conciencia de lo que hace, rompe todos los obstáculos que le oponen la moral y la sociedad, para satisfacer su pasion. Mas, cuando la pasion se adelanta á la reflexion, abole la presencia de espíritu y entonces el hombre ya no es criminal, sino *loco*. La locura, pues, no es mas que la pasion sin presencia de espíritu, y por consiguiente sin responsabilidad.»

Tambien debe incluirse en el bando de los idealistas al médico alienista *Levret*, autor del tratamiento moral por medio de emociones. Su doctrina, en el fondo, no difiere de las que hemos expuesto, y profesa la opinion de que la locura tiene siempre su orígen en las pasiones y no en las facultades intelectuales.

Los organicistas consideran que la locura depende de una alteracion de alguna de las partes del cuerpo, y, aun cuando divergen en punto al asiento de la enfermedad, convienen en que la alienacion mental no difiere esencialmente de los otros estados patológicos.

Prescindamos de los diferentes conceptos que los médicos de todos tiempos han emitido respecto al asiento de las enfermedades mentales, bastando lo que sobre esto hemos apuntado al hacer el bosquejo histórico de la Freno-patología, y fijemos la atencion en las doctrinas de los fisiólogos contemporáneos.

El Dr. *Luys* (1) considera la locura como el resultado del triunfo de los fenómenos cerebrales reflejos de naturaleza automática, sobre los fenómenos cerebrales conscientes y voluntarios. Roto el freno que modera y dirige las facultades intelectuales y morales, marchan estas de un modo espontáneo y como movidas por un *automatismo*, que el autor llama *cerebral*. A consecuencia de esto, el enfermo no puede ni dirigir sus ideas, ni fijar la atencion; de donde la imposibilidad de un trabajo intelectual sostenido y la aparicion de ideas fantásticas y desordenadas, ó bien, quedando persistente é inmóvil la actividad cerebral en una determinada esfera de accion, resultan las ideas fijas.

La teoría de Luys seria aceptable como la mas racional, si no pecase de un error de palabras, que podria ser trascendental en los conceptos: nos referimos al *automatismo* que atribuye á los actos y á las ideas de los alienados, el cual, en nuestra opinion, no es verdadero automatismo. Si por automatismo se entiende el conjunto de movimientos ó de impulsos que no proceden de la voluntad, este automatismo no existe en los locos, pues indudablemente sus acciones y sus ideas son manifestacion de sus voliciones, sugeridas por los deseos que sienten. Estas voliciones no dimanan de un motor extraño á la personalidad del sugeto, sino que, sometida á la ley del interés que preside á nuestros instintos, la voluntad se decide siempre en el sentido del deseo mas vehemente, pues no encuentra el antagonismo que

(1) *Etudes de physiologie et pathologie cerébrales.*

en el estado normal le opone el sentimiento del deber, sentimiento que, en semejantes condiciones, está ofuscado por la pasion patológica. En tal caso, el sugeto quiere y tiene conciencia de lo que quiere: no es, pues, autómata; mas tampoco es libre; porque no tiene el poder de contrarestar las voliciones que suscitan sus deseos instintivos. El automatismo cerebral se manifiesta en ciertos casos de demencia en que, interpelado el enfermo, responde por una série de palabras que por hábito suelen pronunciarse en relacion sucesiva: así no es infrecuente ver dementes que han perdido la memoria y que, si se les invita á que recen el Padre nuestro, continúan la oracion hasta el fin, sin omitir ni una cláusula. A un estudiante de medicina un tanto aprovechado, de esos de quienes se dice que tienen la Anatomía al dedillo, bastará que se le apunte el primer par de nervios craneales, el olfatorio, para que sin esfuerzo de atencion termine la enumeracion hasta el hipogloso. Esto sí que es automatismo cerebral; pero, ¡cuánto difieren estos actos de los fenómenos de la enajenacion mental!

El doctor *Mandsley*, que tambien considera la locura como resultado de un automatismo cerebral, compara la funcion patológica del cerebro del alienado al estado funcional de la médula en la corea, y la califica de afeccion convulsiva del espíritu. A estas ideas pueden oponerse las mismas reflexiones que á la teoría de Luys.

Morel dice que la locura resulta de un estado patológico del cerebro, que determina la falta de armonía que normalmente existe entre las facultades morales é intelectuales, armonía que constituye la razon.

Falta ahora saber en qué consiste esa armonía, pues, de lo contrario, nos queda por comprender la desarmonía, ó sea la locura.

Lemoine, partiendo del principio de que las ideas nacen de las sensaciones y del hecho de que en los alienados son frecuentes las alucinaciones y las ilusiones de los sentidos, cree que la locura tiene su orígen en una alteracion primitiva de la sensibilidad, esto es, en un estado alucinatorio ó ilusorio de las sensaciones. Siendo falsas las sensaciones, son erróneas las ideas, los juicios, los razonamientos y las restantes operaciones mentales.... Basta reflexionar que, en muchos casos, el trastorno de la razon precede á las aberraciones de la sensibilidad; que estas se hallan muy frecuentemente subordinadas á las alteraciones de la inteligencia y, por último, que, en otras ocasiones, hay ilusiones ó

alucinaciones sin pérdida de la razon, para comprender el poco fundamento de la teoría sensorial.

El Sr. *Moreau*—de Tours—piensa haber dado una explicacion de la locura diciendo, que ella es al estado de vigilia lo que los ensueños al de sueño. Existen, en efecto, algunas analogías entre la locura y los ensueños; pero, de la consignacion del hecho de estas semejanzas, no resulta ninguna explicacion de la alienacion mental. El que sueña está dominado por los instintos que le animan, y en esto, á la verdad, se parece al que padece una locura instintiva: ambos aceptan como realidades los productos de su fantasía, dirigidos únicamente por los sentimientos ó pasiones dominantes; ambos, por lo tanto, piensan en sentido de los elementos instintivos que se apoderan del espíritu; pero, así como el loco tiene el poder de fijar su atencion sobre el objeto de la pasion dominante, el que sueña goza de tan poca actividad en su adormecido cerebro, que el pensamiento apenas puede detenerse sobre un dado objeto, por lo cual los juicios son incompletos y el raciocinio imperfecto. El loco no es, pues, un hombre que sueña despierto; la locura instintiva se parece algo á un ensueño, mas en modo alguno es un ensueño en el estado de vigilia.

Augusto Compte, el jefe del positivismo moderno, ha emitido una teoría sobre la locura, que concuerda con su doctrina sobre la razon. Cuando una pasion nos domina, el entendimiento lo ve todo por el prisma de esta pasion, el mundo exterior no es percibido sino bajo el tono que imprime el estado emocional; entonces la razon peca de exceso de *subjetividad;* esto es lo que les acontece á los locos propiamente dicho. Lo contrario ocurre en los idiotas: estos pecan por exceso de *objetividad* y por defecto de *subjetividad*, pues la limitada capacidad de su inteligencia, les obliga á circunscribirse á las impresiones externas. La razon estriba en el término medio, esto es, en una conveniente ponderacion de objetividad y de subjetividad.

El Sr. *Littrè* pretende establecer una distincion característica entre el hombre sano del espíritu y del cerebro y el loco, por medio de la siguiente antítesis. «En un individuo cerebralmente enfermo, un motivo actual no puede ser vencido por otro mas poderoso, esto caracteriza la *enfermedad*. En un dividuo sano de espíritu, un motivo mas poderoso puede siempre vencer á un motivo actual, esto caracteriza la *salud* del cerebro.» Equivócase M. Littrè: en prueba de que el alienado tiene poder de vencer por un motivo mas poderoso un motivo actual, tenemos el hecho de

que, en el estado de locura, el hombre se decide siempre en sentido del deseo mas vehemente. Además, M. Littrè parece olvidar que existen locuras en que no hay manifestaciones de accion y que se limitan al delirio de las ideas. Esta teoría de la locura, pues, como dice M. Despine, no solamente es errónea, si que tambien incompleta.

Conocemos ya la teoría de M. *Despine*: la hemos reseñado tratando de la definicion de la alienacion mental; bastará que recordemos que, segun este autor, la locura, manifestacion particular del espíritu, es un estado psíquico y no una enfermedad; no hay, pues, enfermedad cerebral que pueda llamarse locura. Este estado psíquico tiene, sin embargo, en el enfermo su causa originaria en una actividad patológica del cerebro; pero este estado psíquico puede existir asímismo en el hombre sano. La actividad patológica del cerebro no es lo que produce directamente el estado psíquico que constituye la locura, sino lo que sugiere las pasiones en el espíritu.... Nuestra opinion respecto á esta doctrina queda expuësta en la página 33.

Por si lo expuesto no bastase para comprender nuestras ideas respecto á la naturaleza de la alienacion mental, diremos:

1.° Que esta es siempre una manifestacion del estado patológico del cerebro.

2.° Que, del propio modo que al cerebro sano y convenientemente desarrollado, corresponde una razon sana y una inteligencia proporcionalmente luminosa, á un cerebro mas ó menos dañado en sus elementos intelectuales ó mas ó menos imperfecto en un desarrollo, corresponderá una modificacion morbosa—variable en modo y en grado—en las funciones del órden psíquico.

3.° Que, admitiendo, como se debe admitir, el alma y sus actividades ó facultades, no se puede suscribir la idea de que la locura consiste en una anomalía del espíritu, ó sea en el motor de la máquina intelectual,—pues esto equivaldria á negar su espiritualidad, y, por consiguiente, su existencia—sino en una lesion del instrumento por cuyo intermedio el hombre manifiesta las referidas actividades.

Y 4.° Que, rechazando, como abocado al absurdo, el principio de la posibilidad de la locura en el hombre cerebralmente sano, como diria Littrè, las voces *locura*, *alienacion* y *enfermedad mental* son perfectamente sinónimas.

Si, pues, la alienacion mental es un estado patológico, una enfermedad, repitamos las preguntas con que está encabezado este capítulo:—¿En qué grupo nosológico deben incluirse las en-

fermedades mentales?—En el estado actual de la ciencia, ¿es lícito comprenderlas entre las neurosis?

La clase de las neurosis, ó *neuropatías*, está constituida por un conjunto de enfermedades que concuerdan entre sí por diferentes conceptos anatómicos, etiológicos, sintomatológicos y terapéuticos.

En las enfermedades nerviosas, bien sean del movimiento, de la sensibilidad ó de la inteligencia, ó no existen perturbaciones orgánicas al alcance de nuestros medios de investigacion anatómica, ó estas lesiones son de tan escasa importancia, que, no bastando á dar razon de los trastornos funcionales, solo se estiman como resultado de un estado morboso dinámico esencial. De ahí que, ni por el exámen macroscópico, ni por las investigaciones con el auxilio del microscopio, se descubran los vestigios de la enfermedad, ó en todo caso, las huellas de esta son tan someras, que, habiéndose creido que el proceso patológico orgánico no estaba en proporcion con el proceso funcional, se ha considerado que las neurosis eran enfermedades sin materia.

Nada mas vago que la etiología de las neuropatías: desconócense, por lo general, las influencias, próximas ó remotas, predisponentes ú ocasionales, á que deben su orígen; si algo se sabe sobre el particular, es tan incierto, que nos vemos reducidos á simples conjeturas cuando tratamos de interpretar el mecanismo de las relaciones causales y fenomenales. De ahí que las neurosis despleguen sus intensidades paroxísticas cuando menos se espera y bajo la accion de agentes cuyo modo de obrar desconocemos. De ahí tambien que entren en remision ó se acallen del todo, durante períodos á veces muy largos, por influencias cuyo modo de obrar tampoco es dado apreciar con antelacion.

La apirexia es uno de los caractéres clínicos del órden sintomatológico en que convienen todas las enfermedades nerviosas. O no se altera la temperatura ni la frecuencia del pulso, ó si hay fiebre, está no constituye mas que un epifenómeno de los menos importantes en el decurso de la enfermedad.

Tenemos, pues, en resúmen, que el grupo nosológico de las neurosis está clínicamente caracterizado: 1.°, por la ausencia, real ó aparente, de lesiones suficientes á dar explicacion de los fenómenos morbosos; 2.°, por la oscuridad é indeterminacion de las influencias etiológicas; 3.°, por la brusca é inopinada aparicion de ataques paroxísticos, así como por la desaparicion ó remision, igualmente súbitas, de los síntomas, sin que sea dable apear las influencias cósmicas ó morales á que responden es-

tos cambios, y 4.°, por ser de todo punto apirécticas ó por constituir la calentura un mero epifenómeno de escasa importancia.

Esto sentado, tomemos como objeto de comparacion una de las neurosis mas clásicas, el histerismo, y procedamos á desarrollar un paralelo entre esta y la alineacion mental, á fin de ver resaltar con mas evidencia las mentadas analogías anatomo-patológicas, etiológicas y sintomatológicas, en virtud de las cuales estamos autorizados á comprender las enfermedades mentales entre las neuropatías.

Tan pronto se le ha atribuido al histerismo un asiento visceral, como se ha designado á los plexos y ganglios del gran simpático como el foco de orígen de esta afeccion. Hoy dia, los experimentos biológicos tienden á localizarlo en los tálamos ópticos, y por consiguiente, á señalar la sustancia cerebral como sitio de las alteraciones orgánicas que provocan y sostienen la afeccion.

Iguales alternativas ha manifestado la localizacion de las vesánias. Hipócrates referia la locura á la region diafragmática, por lo cual llamaba *frenitis*; el nombre de *hipocondría*, deriva de haber creido que la tristeza morbosa tenia su asiento en los órganos alojados en los hipocondrios y en especial en el hígado y en el bazo; la palabra *melancolía*, que etimológicamente significa *bílis negra*, proviene de que los humoristas explicaron esta afeccion por el predominio de la atrabílis. El lenguaje vulgar conserva el adjetivo *atrabiliario*, para calificar el carácter moral concentrado y afecto á la tristeza. El asiento cerebral de las enfermedades mentales fué ciertamente preludiado por algunos médicos y filósofos de la antigüedad; pero la demostracion del hecho ha sido obra de los modernos adelantos de la Anatomía patológica.

En estos últimos años, la Fisiología experimental ha venido en auxilio de la Patología de los centros nerviosos. Por esta senda se ha podido demostrar: que la *epilepsia* está ligada á ciertas lesiones anatómicas del bulbo raquídeo, protuberancia anular y cuerpos estriados; que el *tétano* resulta de un proceso flogístico, seguido de exudacion serosa entre los hacecillos encefálicos afectos al movimiento, tales como los cordones anteriores de la médula, el bulbo, la protuberancia, los pedúnculos cerebrales y los cuerpos estriados; que la *catalépsia* depende de una isquémia de los tálamos ópticos, núcleos de sensibilidad, de la cual resulta falta de compensacion de la accion tónica que es propia de los centros de movimiento; que la *parálisis agitante* es efecto de la esclerosis, ó precocidad senil, de la protuberancia; que la *parálisis gene-*

ral de los alienados, corresponde á un proceso regresivo del cerebelo coincidente con otro irritativo de los tálamos ópticos y sustancia gris de las circunvoluciones cerebrales; que las *alienaciones sensoriales* son resultado de trastornos, dinámicos ú orgánicos, de algunos de los núcleos de los tálamos ópticos; que la *afásia* está sostenida por un desórden anatómico en la tercera circunvolucion del lóbulo cerebral anterior izquierdo; que el *histerismo* responde, segun hemos insinuado, á ciertas modificaciones orgánicas de los tálamos ópticos, etc.

Vista la marcha de la ciencia, y calculando—ya que no hay motivos para creer lo contrario—que los adelantos de la Anatomía y Fisiología patológicas llegarán á no tardar á mayor perfeccion, ¿es lícito predecir que la clase de las neurosis está destinada á desaparecer de las clasificaciones nosológicas, y que en dia—quizás no tan remoto como algunos piensan—las enfermedades nerviosas *sine materia*, figurarán en los libros de la medicina solo á título de recuerdo histórico? Hoy por hoy, por obra de la Fisio-patología y de la Anatomía patológica, al árbol de las neurosis le han sido arrebatadas muchas hojas..... y aun ramas enteras..... ¿Quién sabe si las que aun se sostienen por delicados vínculos, tardarán poco tiempo en llegar á la dehicencia de la senilidad?

Idéntica línea de progreso se observa en la Anatomía patológica de las enfermedades mentales: es preciso que se lleve á cabo el programa de Cullen. Hoy dia se tienen reunidos en gran copia datos necroscópicos y experimentales que demuestran, sino con certeza, á lo menos con muchas probabilidades, el asiento y naturaleza de las lesiones correspondientes á las diversas formas de la alienacion mental, ó sea de la manía, de la melancolía, de la hipocondría, del éxtasis, de la demencia, de la manía paralítica, etc.

De lo expuesto se infiere que, si, en los tiempos que alcanzamos, en la clase de las neurosis se va desmoronando el baluarte de negaciones anatomo-patológicas, desde donde se defiende, en el órden de las vesánias, incluido en dicha clase, va operándose idéntica reforma. Sin embargo, mientras, desde el punto de vista anatomo-patológico, haya razones para conservar la clase, las habrá igualmente poderosas para referir á ella las enfermedades mentales. El dia en que estemos autorizados á disgregar la clase, á destroncar el árbol de las neuropatías, habrá sonado la hora de formar con las vesánias un grupo nosológico especial.

El gran problema que hoy dia está á la vista de la ciencia,

consiste en determinar la naturaleza y asiento de estas alteraciones. En tanto subsista el problema, la voz *neurosis* no estará demás en la terminología médica, pues prestará el importante servicio de expresar cómodamente la incógnita que se trata de despejar; será, en una palabra, la X de la Patología del sistema nervioso.

Mirando ahora la cuestion por su lado etiológico y no perdiendo de vista el término de comparacion que hemos elegido, echamos de ver que las causas del histerismo son á mas no poder oscuras y difíciles de deslindar. Conocemos las condiciones orgánicas individuales que predisponen á esta neuropatía: sabemos que el sexo femenino, la idiosincrasia uterina y sobre todo, las influencias hereditarias son las circunstancias en que suele manifestarse esta afeccion; sábese además que cualquiera otra enfermedad de carácter esencialmente nervioso de que adolecieren los progenitores, puede comunicar á la prole la aptitud histeropática y, por último, es asímismo un hecho frecuentemente observado, que los descendientes de personas histéricas no se hallan precisamente predispuestos al histerismo, sino que á menudo se declara en ellos cualquiera otra de las enfermedades comprendidas en la clase de las neurosis.

Análogas condiciones patogenéticas nos presentan las vesánias. El *estado nervioso*, de Sandrás, llamado *nueropatía proteiforme* por M. Cerise, caracterizado por una exagerada impresionabilidad, que se manifiesta por bruscas alternativas de exaltacion y depresion moral, palpitaciones, dolores fugaces, vértigos, alucinaciones, dispépsias, etc., es muy frecuente en el anamnéstico de los alienados. Nadie ignora asímismo que, cuando se trata de indagar la parte que en las enfermedades mentales pueda tener el influjo patogénico hereditario, deben entrar en línea de cuenta, entre los datos positivos de este mismo influjo, no solo las afecciones propiamente frenopáticas, si que tambien el histerismo, la epilepsia, la córea ó cualquiera otra afeccion nerviosa de que tal vez adolecieron los ascendientes del enfermo. Por último, la experiencia ha demostrado repetidas veces que la aptitud morbosa de los enajenados no trasciende siempre á sus hijos bajo la forma de vesánia, sino que es muy comun observar en estos enfermedades convulsivas, neurálgicas ó vaporosas, á través de las cuales no es posible que el práctico sagaz deje de descubrir el malhadado sello de la herencia morbosa.

CAPÍTULO VII.

ASIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

En el dia ya no se encuentra quien, partiendo del supuesto qué lesiones orgánicas deban producir la enajenacion mental, dude de que los centros nerviosos son el asiento de estas alteraciones. Si el cerebro es el centro de la sensibilidad, el punto de partida de las determinaciones voluntarias para el movimiento y el órgano de la inteligencia, es evidente que las manifestaciones morbosas de estas funciones deben ser la expresion de un trastorno encefálico. No obstante ser tan sencillo este raciocinio y tan lógicas las consecuencias, la ciencia no ha llegado á un acuerdo en este punto, hasta los tiempos mas modernos. El sentido comun se ha adelantado empero de muchos siglos á la demostracion científica de una nocion que parecia vivir instintivamente en el vulgo. En efecto, el lenguaje mímico, que es la única lengua universal que poseen los hombres, tiene en todos los pueblos una expresion característica para representar la enajenacion mental; el índice apuntado á la frente y un gesto de negacion, rodando la cabeza, significa, en todos los paises, privacion de entendimiento. Todos los idiomas tienen frases, dicciones y proverbios equivalentes á los castellanos de: «haber perdido la cabeza,» «tener la cabeza vacía ó vana,» «descomponérsele á uno la cabeza,» «ser duro de cabeza,» «tener la cabeza á las once,» «írsele á uno la cabeza á pájaros,» «volvérsele la cabeza,» «cabeza loca no quiere toca,» «cambiar de seso,» «devanarse los sesos,» «tener el seso en los calcañales, etc.» Esto indica claramente que en todos tiempos y lugares el sentido público ha atribuido al cerebro el asiento de la locura. Los fisiológos, por su parte, con ingeniosos experimentos, han realizado el acuerdo entre la ciencia y el sentido vulgar.

§ I.

Nociones sobre la anatomía de textura de los centros nerviosos.

Aspirando á darnos razon del mecanismo que preside á las manifestaciones ó síntomas de las enfermedades mentales, por la investigacion de las relaciones de los trastornos orgánicos con las modificaciones funcionales de los centros nerviosos, tienen para nosotros un interés muy secundario los conocimientos relativos á la conformacion exterior de los órganos encefálicos, cuyo estudio, por otra parte, se supone conocido por la Anatomía descriptiva. Las admirables funciones encefálicas se efectúan en la intimidad de los elementos histológicos de la sustancia nerviosa y, en tal concepto, es preciso conocer, no solo las condiciones propias de estos elementos, si que tambien sus vínculos y sus intrincadas conexiones.

Pudiera, en rigor, esta reseña histológica limitarse á la porcion intra-craneal de los centros nerviosos—cerebro, cerebelo y protuberancia anular,—pues las alteraciones orgánicas y funcionales de la enajenacion mental corresponden únicamente á estas partes; mas, como la médula y el bulbo raquídeo tienen con lo restante del encéfalo conexiones tan íntimas, que constituyen un todo no interrumpido, no se podria omitir el exámen de la textura de aquellas porciones sin dejar mucha oscuridad en este punto.

MÉDULA ESPINAL.—Dando por conocida la conformacion externa de ese grueso cordon nervioso, que se aloja holgadamente en el conducto raquídeo, desde el agujero occipital hasta la segunda vértebra lumbar, y suponiendo presentes en la imaginacion del lector los dos *surcos medios* y los dos *colaterales*, que circunscriben los cordones *antero-laterales*, y los *posteriores*, enlazados estos por una cinta gris—*comisura gris*—y aquellos por una cinta blanca—*comisura blanca*—y el *conducto del epéndima*, que recorre toda la longitud de esta comisura, pasaremos á exponer algunos detalles histológicos.

Los elementos de la médula son: la *neuróglia*, la *sustancia blanca* y la *sustancia gris*.

La *neuróglia* es un tejido conjuntivo muy fino y abundante en células, dispuesto formando tabiques y prolongaciones, mútuamente enlazadas para formar una red muy tupida, que contiene los elementos celulares de la médula. La *sustancia blanca*

consta de tubos análogos á los de los cordones nerviosos y provistos de un *cilinder axis* (figura 1.ª A), revestido de una vaina de sustancia medular (figura 1.ª B), que carece de cubierta neurilemática. La sustancia gris, además de los vasos y de la neuróglia, contiene células, granulaciones y fibras de sustancia nerviosa.

Las *células nerviosas* difieren en forma y volúmen segun el sitio en donde se examinan. Las de los cuernos anteriores (figura 2), afectas al movimiento, son las mayores; están repletas de granulaciones muy finas y de un pigmento amarillo-rojizo; presen-

Figura 1.ª

Figura 2.ª

Figura 3.ª

Figura 4.ª

tan un núcleo central y muchas y extensas ramificaciones, que terminan en delgados filamentos, comparables al *cilinder axis* de los nervios. Las *células de los cuernos posteriores*, ó de sensibilidad, son las mas pequeñas (figura 3.ª) y tienen una figura ovóidea, un núcleo que llena casi por completo la cavidad, y varias prolongaciones muy finas y no ramificadas. Las células de la columna de Jacubowits (figura 4.ª),—porcion de sustancia nerviosa dispuesta en una columnita cenicienta en el ángulo entrante formado por los cuernos posteriores y la comisura gris—parecen presidir á las funciones nutritivas, y, como las células del gran simpático, son globulosas y presentan solo dos prolongaciones.

La *sustancia granulosa*, que, segun *Poincaré*, tiene por oficio

favorecer la dispersion de las impresiones, se halla difundida por los espacios inter-celulares y presenta muchos núcleos libres, parecidos á los de las células.

Los filamentos nerviosos no son mas que las prolongaciones de las células y de las raícillas de los nervios raquídeos, que, atravesando la sustancia gris en diferentes sentidos, se dirigen á sus respectivos núcleos de terminacion, estableciendo las convenientes conexiones entre los distintos segmentos de la médula y las diferentes partes de los centros nerviosos.

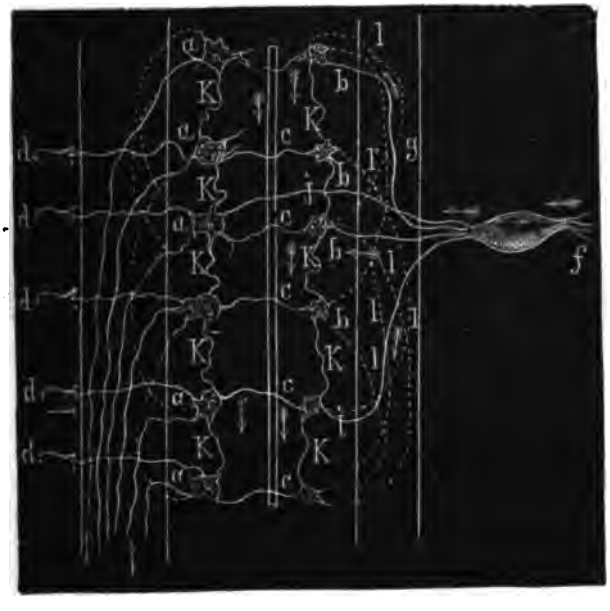


Figura 5.ª

Si ahora, que conocemos en sí mismos los elementos histológicos de la médula, tratamos de darnos cuenta de sus mútuas é intrincadas conexiones, bastará fijar la atencion en la adjunta figura esquemática (figura 5.ª), que, como otras, ha sido copiada de las *Lecciones sobre la Fisiología normal y patológica del sistema nervioso*, del Dr. Poincaré.

Desde luego se echa de ver que las células grandes, esto es, motoras, *a*, *a*, *a*, que ocupan los cuernos anteriores, están enlazadas unas con otras por medio de filamentos que establecen una série no interrumpida de anastómosis, entre los cuernos anteriores, correspondientes á diferentes alturas de estos. En *b*, *b*, *b*, se

ven los cuernos posteriores, con células mas pequeñas, afectas á la sensibilidad, y mútuamente enlazadas por filamentos muy finos; disposicion del todo igual á la que se observa en los cuernos anteriores. *c*, *c*, *c*, representan los filetes que establecen conexion entre las células motoras, ó de los cuernos anteriores, y las sensitivas, ó de los cuernos posteriores. La figura no puede representar las comunicaciones entre las células del cuerno anterior derecho y las del cuerno anterior izquierdo, ni tampoco las del cuerno posterior derecho con las de su colateral, á través de la comisura gris; sin embargo, estas comunicaciones existen. En *d*, *d*, *d*, aparecen las raíces anteriores de los nervios raquídeos, que van á parar á las células motoras—ó mas bien nacen de ellas—las cuales, á su vez, emiten prolongaciones ascendentes, se dirigen al encéfalo ó, para hablar con mas propiedad, son filetes cerebrales descendentes hasta los cuernos anteriores de la médula. *f*, representa una de las raíces posteriores, ó ganglionares, de un nervio raquídeo, la cual da tres órdenes de filetes: unos ascendentes, representados por *g*, que van á una de las células del cuerno posterior correspondiente á un punto superior al sitio por donde penetra la raícilla; otros directos, significados por *i*, que terminan en una célula sensitiva, situada al nivel del punto en que tiene lugar la penetracion del nervio, y otros, descendentes, *j*, que se comunican con otras células colocadas por debajo. Vénse además, en *k*, *k*, *k*, diferentes asas anastomóticas, que enlazan recíprocamente las células sensitivas correspondientes á diferentes alturas ó segmentos de que puede considerarse formada la médula, así como en *l*, *l*, *l*, aparecen otros filamentos arciformes, que relacionan entre sí las células motoras de distintos departamentos medulares.

Mirando sintéticamente estas conexiones, tenemos: 1.°, que las células sensitivas comunican entre sí por filamentos verticales y trasversales; 2.°, que del propio modo se conducen las células motoras; 3.°, que las células motoras y sensitivas están en recíproca comunicacion; 4.°, que los filetes ó raíces de los nervios de movimiento, proceden en parte del encéfalo y en parte de las células motoras de la médula; 5.°, que los nervios sensitivos no llevan sus filamentos terminales hasta el encéfalo, sino que, divididos estos en hacecillos ascendentes, trasversos y descendentes, terminan en las células de los cuernos posteriores, y 6.°, que los diferentes segmentos de la médula, están en recíproca comunicacion por diferentes sistemas de fibras arciformes.

BULBO RAQUÍDEO.—Sin mentar para nada la conformacion

exterior del bulbo raquídeo, procederemos á exponer los puntos mas culminantes relativos á su textura.

Tenemos, en primer término, el *entrecruzamiento de las pirámides*, especie de quiasma, análogo al de los nervios ópticos, en donde se observa que las fibras externas del hacecillo anterior de la médula, continúan directamente su trayecto á lo largo del abultamiento bulbar, hasta penetrar en la protuberancia, mientras que las mas inmediatas á la línea media sufren una decusacion, que las lleva al lado opuesto; de manera, que cada una de las pirámides anteriores, resulta formada de elementos medulares blancos de su propio lado, y de otros, tambien blancos, del cordon antero-lateral del lado opuesto.

Los *hacecillos laterales del bulbo*, proceden de los cordones laterales de la médula, y, segun opinion de algunos anatómicos, como los de las pirámides, pasan á lo largo de la protuberancia y continúan, por los pedúnculos cerebrales, hasta los cuerpos estriados. Schræder van del Kolk cree que terminan en el mismo bulbo, en el núcleo de células de donde nacen el pneumogástrico y el espinal.

Los *cuerpos restiformes*, no son, como se habia creido hasta aquí, la continuacion de los cordones posteriores, que al nivel del bulbo se dividen en un hacecillo interno, que se prolonga por la cara posterior de la protuberancia, y otro externo, que se dirige hácia el cerebelo; sino que, segun resulta de los estudios de M. Luys, los mencionados cordones posteriores se detienen en la parte inferior del bulbo, perdiéndose sus fibras en las células nerviosas de esta region; en cambio, los cuerpos restiformes resultan de la reunion de nuevas fibras originarias del bulbo, que arrancan de células propias de este mismo órgano. Las mas internas de estas fibras terminan en células colocadas en los sitios mas elevados del bulbo ó de la protuberancia, mientras que las externas forman los pedúnculos cerebelosos inferiores, y van á parar á los cuerpos rombóideos del cerebelo.

Las *olivas* ofrecen al corte vertical una zona amarillenta, que describe una especie de zic-zac, cual lo presentaria la seccion de una bolsa replegada ó arrugada. Esta misma conformacion se observa en los cuerpos romboidales del cerebelo, que Luys llama *olivas cerebelosas*. El contenido de las olivas del bulbo es sustancia blanca, mientras que la parte envolvente, ó cortical, está formada de sustancia gris, con células muy diminutas, redondeadas y pigmentadas, todo lo cual da un aspecto característico.

En el bulbo abunda extraordinariamente la sustancia gris;

pero aquí, á diferencia de lo que sucede en la médula,—como preludiando la situacion periférica que esta sustancia tiene en el cerebelo y cerebro,— asoma á través de la blanca en diferentes puntos de la superficie. La figura 6 da idea de los varios núcleos

Figura 6.ª

grises que se ponen de manifiesto en una seccion trasversal del bulbo. En *a*, se ve la sustancia gris de las columnas de Jacubovitz, con sus células globulosas, la cual se acrecienta y expande tanto, que llega á envolver por completo á los cuernos anteriores y posteriores, constituyendo lo que se denómina la *formacion reticular*; testimonio anatómico del importante papel que esta parte de los centros nerviosos desempeña en la vida vegetativa. *b*, y *b*, representan las olivas, repletas de sustancia blanca. En *c*, vemos la seccion trasversal de las pirámides anteriores. Por dentro de las olivas, hay otros dos núcleos grises muy pequeños, llamados *núcleos de Stillin*. Además de estos, se ven otros varios núcleos de sustancia gris, que corresponden á otros tantos centros anatómicos de innervacion, de donde respectivamente se originan: los nervios hipoglosos *d*, los espinales *e*, los faciales *f*, los pneumogástricos *g*, los gloso-faringeos *h*, y los motores oculares externos *i*.

PROTUBERANCIA ANULAR.—Mas bien que parte del encéfalo con existencia particular, la protuberancia anular es el resultado de numerosos encruzamientos, en opuestos sentidos, de fibras nerviosas procedentes de diversas regiones, ó núcleos encefálicos. Es, pues, un *nudo del encéfalo*, como dijo Sæmering, una *telaraña* formada por una red de hilos que se desprenden de distintas partes del encéfalo, una encrucijada, á donde afluyen diferentes vias de comunicacion entre las partes de la masa encefálica, como dice Poincaré. Como condiciones referentes á su conformacion externa, bastará recordar: 1.º, en su cara anterior, el surco me-

dio, correspondiente á la arteria basilar, circunscrito por dos abultamientos colaterales, formados por el relieve de las pirámides anteriores, que pasan por encima de las fibras trasversales del *puente-colgante de Varolio;* fibras que se retuercen y replegan para formar los pedúnculos cerebelosos medios; y 2.°, en su cara posterior, otro surco medio, que por lo alto se extiende hasta el acueducto de Sylvio,—válvula de Viceussens,—y los pedúnculos cerebelosos superiores, ó *procesus cerebelli ad testes.*

Un corte trasversal de la protuberancia (figura 7.ª), pone de

Figura 7.ª

manifiesto los mas importantes detalles de su estructura. Por este se ve que las fibras trasversales *a, a, a,* no forman un solo grupo de hacecillos, sino que aparecen disociadas en diferentes planos, que se entrecruzan y circunscriben espacios ó mallas, repletas de sustancia gris. Vénse asímismo gran número de puntitos blancos, diseminados á través de esas mallas; esos puntos, *b b,* corresponden á la seccion de las fibras de las pirámides anteriores, que atraviesan la protuberancia de abajo arriba, dirigiéndose al cerebro.

Los interesantes estudios de Luys han modificado considerablemente las ideas en lo relativo á la estructura de la protuberancia. Creíase que las fibras de los pedúnculos cerebelosos medios recorrian trasversalmente la protuberancia, para enlazar los dos lóbulos cerebelosos laterales. El referido anatómico ha demostrado que las fibras de los pedúnculos cerebelosos medios se extienden desde una célula del cerebelo á otra de la protuberancia, y así, estos cordones trasversos no constituyen una comisura interlobular, sino un medio de conexion de cada uno de los lóbulos cerebelosos con la protuberancia; con la particularidad de que, entrecruzándose estas fibras en el plano medio, el lóbulo cerebeloso derecho resulta enlazado con la mitad izquierda de la

protuberancia, así como el lóbulo izquierdo con la opuesta mitad de este órgano.

En un plano mas alto al en que se ven las fibras trasversales, se observa un gran depósito de sustancia gris (figura 7.ª, *c. c.*)—*sustancia gris central*—que es la continuacion de la del bulbo, pero considerablemente aumentada. En ella se notan muchos puntitos *d*, *d*, *d*, que corresponden al corte vertical de otros hacecillos, los *intermedios del bulbo*, llamados tambien *innominados*, ó *de refuerzo*, que, como los de las pirámides, dirígense hácia adelante, cruzando longitudinalmente el espesor de la protuberancia, ó quizás, como supone Scræder, terminando en las células de esta. El nervio trigémino, con sus dos raíces, una mayor, sensitiva, *e*, y otra menor, motora, *f*, es el único que evidentemente nace de la sustancia gris de la protuberancia. Es, empero, probable que el facial, que se ve salir de un punto del bulbo próximo á la protuberancia, extienda su núcleo de orígen hasta esta última; opinion que se funda en varios hechos fisiológicos y patológicos. Por iguales motivos puede tambien creerse, que el motor ocular comun, que brota de la masa encefálica en el orígen de los pedúnculos cerebrales, así como el motor ocular externo, que nace en el surco que separa la protuberancia del bulbo, se encuentran en análogas condiciones respecto á su orígen real.

El estudio microscópico de la sustancia gris de la protuberancia, manifiesta que las células de esta parte de los centros nerviosos tienen una conformacion especial que las asemeja á las de los cuernos posteriores, ó sensitivas, de la médula, pues son pequeñas y abundan en pigmento. Este hecho de conformacion, ¿es suficiente para atribuir á estas células la sensibilidad como destino fisiológico? Reflexionando sobre esto Poincaré, se expresa en estos términos: «Cuanto mas puramente mecánico es el papel que le está confiado á una célula, tanto mayor es su volúmen, y cuanto mas el acto que ella debe producir participa del carácter psíquico, tanto mas pequeña es. Ahora bien, un movimiento comienza por un fenómeno intelectual: la voluntad que quiere el movimiento, lo ordena. Esta es la operacion que desempeñan las pequeñas células corticales. La conmocion que nace en la periferia de los lóbulos cerebrales, para dar movimiento á una fuerza mecánica capaz de levantar las palancas óseas, necesita experimentar una trasformacion gradual, por la cual se va materializando y multiplicando como fuerza mecánica. Tiene necesidad de ir pasando á través de células cada vez menos espirituales, y cada vez mas materiales y voluminosas

Como la protuberancia se encuentra en la parte media de este trayecto, no debia tener células tan delicadas como las de la médula. Lo propio sucede respecto de las células sensitivas. La impresion exterior va modificándose y espiritualizándose desde la periferia al centro, y debe encontrar á su paso células cada vez mas pequeñas.»

Esta interpretacion de los hechos anatómicos, en relacion con las manifestaciones funcionales, no deja de ser ingeniosa, por mas que no explique el misterio de la espiritualizacion gradual de las impresiones sensitivas, ni el de materializacion de las voliciones. El mecanismo que preside á ese enlace entre el alma y la materia está velado á la débil comprension humana.

A medida que vamos ascendiendo hácia las regiones mas elevadas del encéfalo, nos vamos aproximando al verdadero teatro anatomo-patológico de las enfermedades mentales; el interés de nuestro estudio anatómico debe, pues, ir en aumento á proporcion que nos vamos aproximando al cerebro.

CEREBELO.—Contenido en las fosas occipitales inferiores, colindando inferior y anteriormente con la protuberancia y con el bulbo, y aislado superiormente del cerebro por el recio y extenso repliegue falciforme horizontal de la dura-madre, llamado *tienda cerebelosa*, el cerebelo viene á representar á una novena parte del volúmen del cerebro, de cuya organizacion participa, en razon á que abunda en sustancia gris periférica y contiene tres núcleos de sustancia blanca, correspondientes á otros tantos lóbulos—dos laterales, mayores, y uno medio.—Los pormenores relativos á la conformacion externa de este órgano carecen de importancia para nuestros estudios, pues los experimentos fisiológicos, consistentes en la destruccion, puncion ó seccion del mismo, dan idénticos resultados, cualquiera que sea el punto en donde recaigan las lesiones, y difieren únicamente por el hecho de que se opere sobre uno ú otro de los referidos lóbulos.

Un corte horizontal del cerebelo pone de manifiesto: una zona periférica de sustancia gris y tres depósitos de sustancia blanca en el centro. Esta nueva conjugacion de las dos sustancias, opuesta á la que presenta la médula—en que la periférica es blanca, y gris la central—ya la hemos visto anunciarse desde el bulbo raquídeo, para pronunciarse mas en la protuberancia. En el centro de los núcleos blancos laterales se ve una membrana nerviosa, amarillenta y replegada como una bolsa, que constituye el *cuerpo romboidal, ú oliva del cerebelo*. Cada uno de los núcleos blancos emite, en direccion á la sustancia gris, numerosas

prolongaciones ramificadas, que forman ese bello dibujo foliáceo, conocido con el nombre de *árbol de la vida*. Salen, además, de cada uno de los lóbulos cerebelosos, otros procesos de sustancia blanca, que se dirigen: los superiores, á los tubérculos cuadrigéminos; los medios, á la protuberancia, y los inferiores al bulbo raquídeo. Estas prolongaciones se llaman *pedúnculos cerebelosos*.

Si sometemos al microscopio una delgada seccion horizontal del cerebelo, formaremos cabal concepto de los elementos anatómicos que contiene y de las conexiones que estos tienen. La figura 8.ª es un esquema que hará fácilmente comprender estos detalles de estructura.

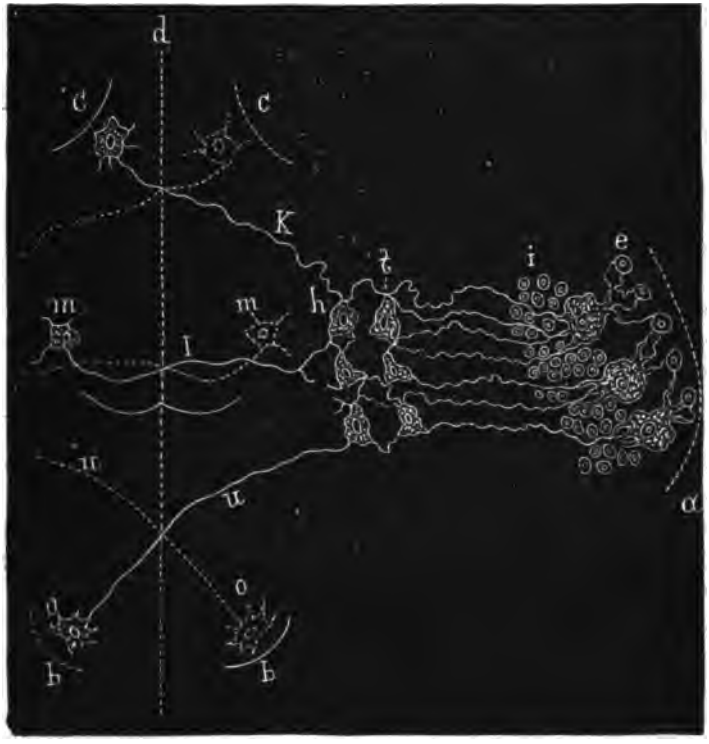


Figura 8.ª

Véanse, en primer lugar, las curvas *a*, *a*, *b*, *b*, *c*, *c*, que representan respectivamente los límites de uno de los lóbulos laterales del cerebelo, los del bulbo y los de los pedúnculos cerebrales. La recta, *d*, marca la direccion del plano que divide la

protuberancia y al bulbo en dos mitades iguales, cayendo en el espacio interpeduncular del cerebro. Tocante á la curva cerebelosa, *a*, se ve la sustancia gris periférica con un considerable número de células muy pequeñas y redondas, *e*, de donde parten prolongaciones muy finas, que conducen al segundo plano, *f*, donde aparecen células muy grandes, como las motoras que hemos encontrado en la médula, las cuales, á su vez, emiten otras prolongaciones muy largas, que terminan en otra zona de sustancia gris, *h*, con muchas células, que forman el cuerpo romboidal. En los intersticios que quedan entre los filamentos de la capa de células *i*, se nota un número mucho mayor aun de corpúsculos muy diminutos y cuyo volúmen no pasa del de los glóbulos sanguíneos, los cuales, segun Luys, tienen tambien prolongaciones filamentosas, que les ponen en comunicacion con el cuerpo romboidal. El cuerpo romboidal, *h*, consta de células bastante voluminosas y poligonales, análogas á las de los cuernos anteriores de la médula. De estas células parten tambien prolongaciones blancas, que se disponen en tres hacecillos, para formar los pedúnculos cerebelosos anteriores, medios y posteriores. Cada uno de los filamentos de estos hacecillos rebasa la línea media y termina en una célula del lado opuesto, á saber: las de las antériores, que forman los *pedúnculos cerebelosos anteriores*, en las de los pedúnculos cerebrales, *k*; las de las medias, ó *pedúnculos cerebelosos medios*, *l*, en las de la protuberancia, *m*, y los de los *inferiores*, *n*, en las del bulbo *o*. Todas estas células terminales son afectas al movimiento.

De esta sucinta descripcion, resulta: 1.°, que la sustancia gris periférica del cerebelo consta de tres planos de células, de las cuales las mayores, que son las intermedias, comunican evidentemente, por medio de prolongaciones, con las menores, que son las mas superficiales, y con otras grandes y profundas que pertenecen al cuerpo romboidal, y 2.°, que los cuerpos romboidales tienen células motoras que, por una parte, comunican con las de la sustancia gris periférica y por otra, mediante prolongaciones dirigidas en tres diferentes sentidos, que constituyen los pedúnculos cerebelosos anteriores, medios y posteriores, se enlazan con células motoras existentes en los pedúnculos cerebrales, y en la mitad de la protuberancia y bulbo raquídeo opuestos al lóbulo cerebeloso de donde dimanan. Conviene no olvidar estas conexiones, pues tienen grande aplicacion á los estudios fisiológicos.

PEDÚNCULOS CEREBRALES.—Los pedúnculos cerebrales están formados por la continuacion de las fibras medulares y cerebelosas,

que, despues de atravesar la protuberancia, se encaminan á los tálamos ópticos y á los cuerpos estriados. Una seccion vertical de estos órganos pone de manifiesto tres planos de fibras: el inferior está constituido por los hacecillos de las pirámides anteriores, despues de haber atravesado la protuberancia; el plano medio es la continuacion del hacecillo intermedio del bulbo, y el superior está formado por los pedúnculos cerebelosos anteriores, ó *procesi cerebelli ad testes*. Entre el departamento inferior y el intermedio, hay un depósito de sustancia gris, fuertemente cargada de pigmento, que se conoce con el nombre de *locus niger*, ó *mancha* de Sœmmering, la cual consta de células ovóideas en su mayor parte, con algunas poligonales y provistas de apéndices ramificados. En el centro del mismo plano intermedio, se ve otro núcleo de sustancia gris, cuya figura redondeada recuerda la de la *formacion reticular* de la protuberancia y que indudablemente es continuacion de esta. Por último, los planos medio y superior están tambien separados por otra capa de sustancia gris, que es la misma que limita el acueducto de Sylvio.

TUBÉRCULOS CUADRIGÉMINOS.—Estas cuatro eminencias esferoidales, que se ven simétricamente apareadas en la cara superior de la protuberancia—los posteriores mayores se llaman *nátes* y los anteriores *testes*—tienen una estructura muy sencilla: aunque cubiertos de una tenue capa de sustancia blanca, están formados de una sustancia gris, en que el microscopio manifiesta gran número de células de pequeño volúmen, con prolongaciones que se anastomosan formando plexos. Una comisura trasversal reune el tubérculo cuadrigémino del lado derecho con su homónimo de la izquierda. Hay además otras prolongaciones blancas que las enlazan con los tálamos ópticos, esto es, los nates con los cuerpos geniculados externos y los testes con los cuerpos geniculados internos. Varios anatómicos modernos creen que los tubérculos cuadrigéminos no son mas que los botones terminales de los cordones de la médula.

CEREBRO.—Para concebir una idea bastante exacta del cerebro es preciso hacerse cargo del nuevo sistema con que Luys ha descrito los centros nerviosos. Hay una masa de sustancia nerviosa, alojada en el seno de los hemisferios cerebrales, á que se puede dar el nombre de *núcleo encefálico*, á donde convergen dos órdenes de fibras, á saber: 1.° unas que, procedentes de la periferia del organismo ó del cerebelo, van, por la médula, el bulbo, la protuberancia y los pedúnculos, al susodicho núcleo, constituyendo en conjunto el sistema *convergente inferior*, y 2.° otras

fibras que, originándose en la superficie interna de las circunvoluciones cerebrales—que para el caso hay que imaginar que forman una extensa lámina replegada sobre sí misma para alojarse en la cavidad craniana—confluyen al expresado núcleo, como las varillas de un abanico se reunen en el clavo: este es el *sistema convergente superior*.

De ahí resulta, que en el cerebro tenemos que estudiar: 1.°, el *núcleo encefálico*; y 2.°, los *hemisferios cerebrales*.

Núcleo encefálico.—El núcleo encefálico, ó punto de confluencia de los elementos que establecen comunicaciones entre las diferentes partes de los sistemas convergentes superior é inferior, consta de dos núcleos secundarios en cada lado, de los cuales uno está destinado á las funciones de sensibilidad, mientras que el otro es afecto al movimiento. El primero es el *tálamo óptico* y el segundo el *cuerpo estriado*.

Tálamos ópticos.—Formando parte del suelo de los ventrículos laterales, limitando lateralmente el ventrículo medio, recibiendo por la parte posterior de su lado interno los pedúnculos cerebrales, presentando en un punto aun mas posterior de esta misma cara, las dos eminencias conocidas con el nombre de *cuerpos geniculados*—externo é interno—y continuándose por su plano externo con los hemisferios cerebrales por las fibras convergentes que proceden de las células corticales de las circunvoluciones, los tálamos ópticos forman dos masas de sustancia nerviosa, cuya estructura se pone de manifiesto mediante diferentes secciones ó cortes en distintos sentidos. Por este medio se observa desde luego que esta masa consta de cuatro núcleos diferentes, tres de los cuales se revelan en la superficie por abultamientos bien pronunciados, al paso que el otro ocupa la profundidad, que corresponde á la parte mas externa del tálamo óptico. Atiéndase á la figura 9.ª, que representa teóricamente estas disposiciones: *a* figura del tálamo óptico, concéntrico al núcleo ventricular del cuerpo estriado; *b*, *c*, *d*, *e*, son los tres núcleos superficiales del tálamo, que anatómicamente pueden designarse con los calificativos de *anterior*, *a*, *medio*, *b*, y *posterior*, *c*, y que, en razon á su destino fisiológico, que es recibir determinadas impresiones sensoriales, pueden respectivamente denominarse: centros *olfatorio*, *óptico* y *acústico*. El cuarto núcleo, *f*, situado fuera de línea respecto de los antedichos, merece el nombre de *externo* y por sus usos fisiológicos *centro táctil*, ó de las impresiones de sensibilidad general.

Bajo el objetivo del microscopio, los tálamos ópticos aparecen

formados de una sustancia amorfa, con gran número de células, parecidas á las ganglionares, de pequeño núcleo, frecuentemente cargadas de pigmento, con prolongaciones casi imperceptibles, por lo ténues, y de un volúmen que varía entre 2 y 3 centésimos de milímetro.

Figura 9.ª

Cuerpos estriados.—Situados por fuera y por delante del tálamo óptico, el cuerpo estriado presenta á simple vista tres regiones bien distintas: una superior, llamada *núcleo intra-ventricular*, que, como el tálamo óptico, forma parte del ventrículo lateral; otra inferior, que constituye un núcleo *extra-ventricular*, y otra intermedia, comunmente conocida con el nombre de *doble centro semicircular*.

La seccion de estas diferentes regiones del cuerpo estriado ofrece distinto aspecto: en el núcleo superior se ve un fondo gris, con filamentos blancos, de aspecto estriado, á que debe su nombre la totalidad del órgano; el núcleo extra-ventricular recibe directamente las fibras del pedúnculo cerebral, y el doble centro semicircular, consta aparentemente solo de sustancia blanca.

Como la sustancia gris del cuerpo estriado está mas profusamente vascularizada que la de las circunvoluciones cerebrales y aun que la de los tálamos ópticos, tiene un color mas oscuro y menor consistencia. Por el exámen microscópico se ven en ellas dos clases de células: unas mayores, *a a*, figura 10, que miden 5 centésimas de milímetro, amarillentas, ovoídeas, con grande núcleo y con muchas prolongaciones, y otras muy pequeñas, *b*, *b*, que, mas bien que células, parecen núcleos que se adhieren á las prolongaciones de las células grandes.

Hemisferios cerebrales.—Dos grandes masas de sustancia

blanca, dispuestas simétricamente, enlazadas entre sí por una gruesa y extensa comisura—*el cuerpo calloso*—y con una superficie sumamente escabrosa, á causa de elevadas eminencias, á las que corresponden profundas depresiones, ó anfractuosidades, ta-

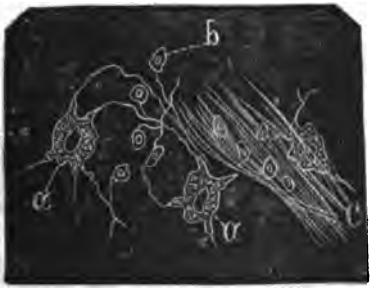


Figura 10.

pizadas en los altos y en los bajos por gruesas capas de sustancia gris, que se adapta á todos los accidentes de configuracion: tal es la idea mas breve y mas general que puede darse de los hemisferios cerebrales.

Las *circunvoluciones* forman los elementos macroscópicos de los hemisferios cerebrales. Cada circunvolucion consta de un núcleo de sustancia blanca y de una capa cortical de sustancia gris, cuyo grosor equivale á 2 ó 3 milímetros y cuya consistencia es bastante fuerte para resistir sin desgarro al practicar la avulsion de la membrana pia-madre que la tapiza. Cuando ocurre lo contrario, es indicio de una alteracion morbosa. Vista al microscopio, la sustancia gris aparece formada de varias zonas: Baillargier ha llegado á contar seis; las mas evidentes son dos: la superficial es gris y trasparente, mientras que la profunda es de color rogizo mas oscuro, á causa de su mayor vascularizacion. La figura 11 dará una idea de la conformacion y relaciones de los elementos de los hemisferios. Distingamos los de la sustancia gris y luego veamos las conexiones que se establecen por medio de los filamentos que constituyen la sustancia blanca. Hay, en primer lugar, una capa superficial de células, *a*, redondas y muy pequeñas—de 1 á 16 centésimos de milímetro—pero con un núcleo relativamente grande, que están en recíproco enlace por prolongaciones finísimas; en segundo lugar, se observa un extracto de células, que, por su tamaño relativo, pueden llamarse medianas, *b*, que se interponen entre las de la capa superficial y otras células mayores y triangulares, *c*, con la base dirigida al centro del

cerebro y el vértice á la superficie, que tienen las mayores analogías con las de los cuernos anteriores de la médula y constituyen su zona profunda. Obsérvase además, junto á las células, muchos núcleos libres, que así pueden considerarse como detritus ó vestigios de estos, como lineamientos que inician la formacion de otras nuevas.

La sustancia blanca está formada por el conjunto de fibras que establecen enlaces entre los diferentes elementos celulares del cerebro. Hay, en primer lugar, un sistema comisurante, formado por prolongaciones muy ténues que se extienden de unas á otras de las células de un mismo plano y por otras que enlazan entre sí las correspondientes á distintas zonas de la sustancia gris de las circunvoluciones. *d, d, e, e.* Estas fibras se denominan *co*

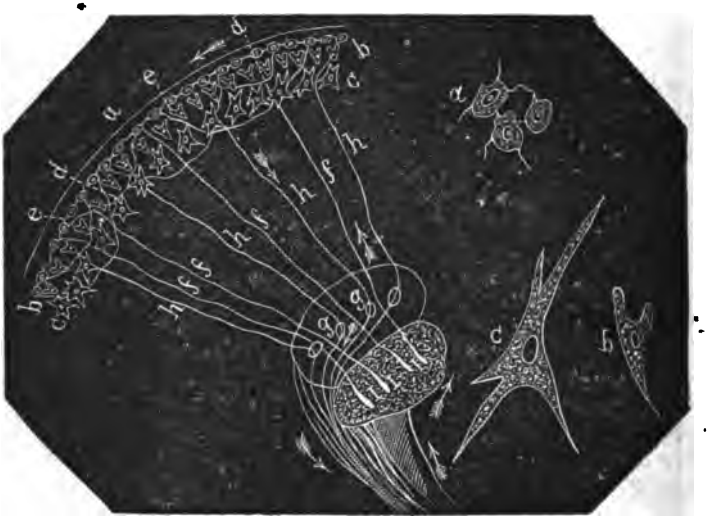


Figura 11.

misurantes: por ellas están en mútua relacion regiones de las diferentes células de la sustancia gris de los hemisferios. Además de estas, existen las fibras *convergentes*, que se extienden desde las células de la sustancia gris hasta las que constituyen el núcleo encefálico, formado por los tálamos ópticos y los cuerpos estriados. De estas, unas, llamadas *cortico-ópticas*, *f, f, f*, van desde las células de la capa superficial, *a*, á las del tálamo óptico, *g*; otras, denominadas *córtico estriadas*, *h, h, h*, van desde las células grandes que forman la zona profunda, *c*, á las células del cuerpo estriado, á

OS NERVIOSOS.

ienen muchas { Se anastomosan entre sí, con las células sensitivas ó de los cuernos posteriores y con las raicillas de los nervios motores.
Se anastomosan entre sí, con las motoras ó de los cuernos anteriores y con las raicillas posteriores ó de los nervios de sensibilidad, que se distribuyen en hacecillos trasversales, ascendentes y descendentes.

MÉD

as, con grande

olongaciones ramificadas;

de la sustancia gris;

urilema.

e aparecer en la superficie, dando lugar á la *formacion reticular*, que se ex-

ustancia blanca;

BUL

eumogástricos, gloso-faríngeos y motores oculares externos.
nando la porcion externa de la pirámide de su lado, mientras que la porcion

dec

imo bulbo;

ilas del mismo bulbo, extienden sus fibras internas á lo largo de este y de la
oidales del cerebelo.

ersales, procedentes de los lóbulos cerebelosos laterales—pedúnculos cere-

PRO

do la línea media de la protuberancia, terminan en células de este órgano.
s, prolongacion de las pirámides anteriores.

an

tinuacion de la formacion reticular del bulbo.
de los hacecillos intermedios, ó de refuerzo, del bulbo.

y redondas, enlazadas por prolongaciones.
oligonales, como las de los cuernos anteriores de la médula, y de granulacio-
ulas.
illenta, como en las olivas del bulbo y formada de células grandes y poligo-

CEF

ficial se enlazan, por prolongaciones, con las grandes de la capa periférica

rica profunda se anastomosan con las grandes células de los cuerpos rom-

el seno de los cuerpos romboidales, al pedúnculo cerebral del lado opuesto
el cuerpo romboidal, á la mitad opuesta de la protuberancia;
el cuerpo romboidal, al bulbo.

de las pirámides anteriores;

PEI

de Sœmmering;
hacecillos intermedios;

re

formacion reticular de la protuberancia;
pedúnculos cerebelosos anteriores.

T U

ado derecho con las del izquierdo, y en comunicacion directa, los nates, ó

cu

lúnculos cere- { anterior, ú olfatorio, medio, ú óptico, posterior, ó acústico, y externo ó de sensibilidad general. { Sus células se anastomosan con las mas superficiales y pequeñas— afectas á la inteligencia— de la sustancia gris de los hemisferios. Estas comunicaciones son las fibras *córtico-ópticas*.

CE

, otra extra-ventricular, gris, y otra in- { Sus células se anastomosan con las de la capa profunda de la sustancia gris de los hemisferios. Estas comunicaciones son las fibras *córtico-estriadas*.

álamos ópticos;

cuerpos estriados;

las pequeñas y superficiales, á las de los tálamos ópticos—*córtico-ópticas*—
co-estriadas—.

---

asta el núcleo encefálico; y 2.° por las fibras cerebelosas que, formando los pedúnculos cerebelo-
sos

Las células grandes de la capa profunda de las circunvoluciones no tienen fibras comisurantes, ó lazos de recíproca union.

Para condensar cuanto llevamos expuesto relativamente al importante asunto de la histologia y conexion de los elementos anatómicos que constituyen los centros de la innervacion, bastará fijarse en el cuadro sinóptico núm. 1.

Del sucinto estudio anatómico que acabamos de hacer, resultan algunos puntos de vista generales, de grande aplicacion á la fisiología de los centros nerviosos, que se pueden resumir en las siguientes *conclusiones*:

1.° Existen dos órdenes de células: unas grandes, siempre en relacion de continuidad con las fibras motoras, y otras pequeñas, que se continúan con nervios de sensibilidad.

2.° No existen células nerviosas aisladas: todas están en relacion de continuidad con otras células ó con fibras de sensibilidad ó de movimiento.

3.° Las células afectas á la sensibilidad están siempre en relacion de continuidad con fibras sensitivas, así como las de movimiento corresponden á fibras motoras.

4.° Las células de sensibilidad comunican con células de movimiento, por medio de prolongaciones fibrosas, resultando de esto un aparato funcional completo, por donde se establece un movimiento centrípeto, de impresion, seguido de otro movimiento centrífugo, de excitacion motriz, que termina en los músculos, resolviéndose en una contraccion.

5.° En las partes mas bajas de los centros nerviosos—médula y bulbo—se observa el traspaso directo del aparato de impresion al de excitacion motora, sin intermedio de ningun otro aparato celular. En el cerebro, ese traspaso se verifica por el intermedio de las células afectas á la inteligencia, que corresponden á la sustancia gris de los hemisferios.

6.° El núcleo del encéfalo es un punto de convergencia de los elementos conductores de la sensibilidad y de la excitacion motriz, los cuales forman un sistema *convergente inferior*, emanado de la periferia del cuerpo, de la médula, del bulbo, de la protuberancia y del cerebelo, y otro *sistema convergente superior*, cuyo orígen se encuentra en las prolongaciones de las células de la sustancia gris de los hemisferios.

Y 7.° Así como los tálamos ópticos concentran los elementos conductores de las impresiones sensoriales, de los cuerpos estriados parten los elementos conductores de la excitacion motriz.

CAPÍTULO VIII.

FISIOLOGÍA DE LOS CENTROS NERVIOSOS, Ó MAS BIEN FISIOLOGÍA CEREBRAL.

Decir que para los estudios frenopáticos es indispensable el conocimiento de las funciones de los centros nerviosos, equivale á enunciar una proposicion, que si de algo peca, es de trivial. A diferencia del oftalmólogo, del dermatólogo y demás que cultivan otras especialidades clínicas, el frenópata se ve privado de la inspeccion del órgano enfermo. Para aquellos, el conocimiento anatómico tiene una importancia directa, en cuanto en él se funda la apreciacion de las mutaciones orgánicas que induce el estudio patológico. Al alienista solo en el cadáver le es permitido examinar las alteraciones propias de la enfermedad. Para el frenópata, apenas hay síntomas somáticos: todo lo que se ve se reduce á trastornos funcionales. La nocion anatómica de los centros nerviosos tiene, pues, únicamente aplicaciones indirectas, en cuanto sirve para encaminarnos en el estudio del mecanismo de los actos psíquicos, deduciendo de las condiciones de textura, las condiciones de funcion, é infiriendo las relaciones que las modificaciones morbosas de aquellas tienen con los síntomas frenopáticos.

La estructura de los centros nerviosos nos ha hecho ver un enlace íntimo entre los elementos anatómicos de que estos se componen. A este enlace anatómico debe necesariamente corresponder un enlace fisiológico. En rigor, pues, la fisiología de aplicacion á la patología mental, deberia comprender el estudio de las propiedades fisiológicas de cada una de las partes de los centros nerviosos y de las funciones que resultan del conjunto de estas acciones parciales; mas, como el lector debe estar impuesto en los fundamentos de la Medicina, y, por lo tanto, provisto de conocimientos generales relativos á este punto, circunscribiremos

el objeto de este capítulo á la fisiología especial del cerebro, como órgano de las funciones psicológicas. Sin embargo, á fin de que este estudio tenga la debida solidez, y para evitar repeticiones y frecuentes aclaraciones de sentido, trataremos antes de las propiedades generales de los elementos nerviosos y de las propiedades fisiológicas de las porciones en que anatómicamente se hallan divididos los centros nerviosos.

§ I.

Propiedades generales de los elementos nerviosos.

Una gran fábrica, movida por vapor, en donde las primeras materias entran en bruto, para sufrir luego sucesivas operaciones, en complicadas y numerosas máquinas, hasta dar los productos mas útiles y mas bellos de la industria, puede servir de término de comparacion para formarse una idea del papel que desempeña el organismo nervioso en las mas elevadas funciones de la animalidad.

Al ver las ricas telas que salen de la fábrica, se dice que son obra de sus ingeniosos telares; se elogian las máquinas que trabajan tanto y con tanta perfeccion; se aplaude la mucha y bien aprovechada fuerza del motor; pero semejantes elogios no van dirigidos á los aparatos mecánicos, ni al generador del movimiento, sino á la inteligencia del mecánico que los ha construido y á los conocimientos del sugeto que dirige la fabricacion. Sabemos perfectamente que, sin una inteligencia que armonizase las piezas de la maquinaria, no habria en estas aptitud para las funciones industriales, y que sin otra inteligencia que conociera el modo de ponerlas en movimiento útil, no tendríamos el producto que se desea obtener. Pero, ¿cómo habrian de ponerse de manifiesto los conocimientos del mecánico y del fabricante si la máquina no existiese? Todo producto industrial supone, pues, necesariamente un aparato mecánico y una inteligencia.

El ingeniero mecánico á quien le están confiadas las reparaciones de las máquinas puede llenar perfectamente su cometido, aun cuando le sea desconocida la persona del director de la fabricacion: bástale saber que *este existe* y que está suficientemente instruido en el oficio, esto es, que conoce los detalles de las operaciones industriales y el manejo de los disparos y frenos de los aparatos. Lo que le importa á aquel, es saber la disposicion de las piezas de la fábrica y el mecanismo que á su funcio-

namiento preside. Con esto tiene suficiente para resolver estas cuestiones: 1.ª dada una alteracion en el movimiento, ¿de qué naturaleza es y dónde existe el desperfecto? y 2.ª ¿cómo debe procederse á la reparacion?

El lector habrá adivinado los alcances de la sencilla comparacion que empleamos. En los centros de innervacion, y especialmente en el cerebro, habrá visto los instrumentos, los aparatos y el motor que dan por resultado productos psicológicos, y habrá colegido asímismo que el director es el alma. Al frenópata, como perito encargado de restituir al estado normal las funciones psicológicas, le basta saber que *existe el alma;* mas, como esta no es modificable sino en tanto, con los recursos de la terapéutica, se logra impresionar el instrumento, le interesa en alto grado conocer las condiciones normales de los aparatos cerebrales y el mecanismo de sus funciones; pues, de esta suerte, vistas las alteraciones funcionales, se pone en camino para reconocer el asiento, la naturaleza y el modo de curar el trastorno frenopático.

Del pecado, del delito y del crímen, faltas *imputables* al director de la máquina psíquica, no debe entender el médico, sino el moralista y el legislador; al modo como no es de la incumbencia del ingeniero mecánico la correccion ó punicion de las omisiones, excesos ó defectos del director de la fábrica.

Yo admiro la fábrica y aplaudo al artífice que la ha construido; al director no le alabo, sino en cuanto hace un empleo acertado de las buenas condiciones de los aparatos confiados á su inteligencia. Cuanto mas se profundiza en el estudio anatomo-fisiológico de los centros nerviosos, tanto mas se admira la Suprema Sabiduría. Al que ve en el cerebro solo una pulpa informe, se le oculta la mas sorprendente de las maravillas de la naturaleza. Conocer á Dios en la Creacion, ¡qué obra mas digna de la ciencia! Sabemos que este estudio tiene un límite para la penetracion humana: el punto de enlace entre el espíritu y la materia. No intentemos profanar este misterio. Contentémonos con lo que cae al alcance de nuestros sentidos y no olvidemos que nuestro fin es *curar enfermedades del cerebro, que se manifiestan por trastornos funcionales, de un órden distinto de los síntomas de las otras enfermedades.* Para obrar terapéuticamente, tenemos precision de dirigirnos á la materia nerviosa: estudiémosla. Si, al final de nuestra tarea, hallamos que el alma piensa por células dotadas de propiedades especiales, que no encontramos en ninguna otra célula, no nos admiremos mas de esto que de saber

que el espíritu da forma sensible á sus voliciones por medio de la fibra muscular, que tiene la contractilidad como atributo específico.

Lo dicho bastará para ponernos á cubierto de cualquiera interpretacion torcida que pudiera darse á lo que, haciéndonos eco del estado actual de la Fisiología, debemos decir acerca de las propiedades de las *células nerviosas*.

Como todas las células del cuerpo, las nerviosas tienen *propiedades orgánicas*, por las cuales, al ponerse, por medio de la sangre, en relacion con los agentes cósmicos, se apoderan de los elementos que se requieren para su conservacion—asimilacion—al propio tiempo que se descartan de los principios resultantes del desgaste funcional—desasimilacion.—Esto constituye el movimiento nutritivo de la sustancia nerviosa, que en nada difiere del que observamos en los demás tejidos.

Pero, aparte de estas propiedades, los elementos del tejido nervioso tienen otras que les son características, y que por lo mismo que les individualizan en la economía de la vida, pueden llamarse *fisiológicas*. La primera, entre estas, consiste en el poder de *irradiar* la accion metabólica que resulta de la influencia de las cualidades ó acciones dinámicas del mundo cósmico, á otras células que están anatómicamente enlazadas con la que recibe la accion primitiva. Esta propagacion se verifica, á través de las prolongaciones anastomóticas, á las células congéneres, las cuales á su vez trasforman la fuerza á proporcion de las condiciones orgánicas y dinámicas que las distinguen. «Verdadero par electro-dinámico—dice Luys (1)—el aparato nervioso, así reducido á su mas simple expresion, engendra en sí mismo la fuerza que trasmite á distancia; la conduce, la recibe y trasforma, como esos admirables sistemas de trasmision elétrica de que la ciencia contemporánea ha dotado á nuestra generacion y que representan: en el aparato generador de electricidad, la célula de emision; en el hilo interpuesto, la fibra nerviosa; en la célula situada en la otra extremidad de la fibra, el aparato receptor destinado á registrar y á traducir, bajo una nueva forma, la incitacion del punto de partida.» A esta singular propiedad de la célula nerviosa, la llamaremos *conductibilidad metabólica*.

Otro atributo fisiológico de la célula nerviosa, es la *intermitencia funcional;* sus funciones activas deben ir seguidas de un

(1) *Recherches sur le systeme nerveux cerebro-spinal*, pag. 267.

estado de pasividad, que constituye el *reposo*. En la totalidad del sistema nervioso afecto á las funciones de la vida de relacion se observa un período funcional, que caracteriza la *vigilia*, el cual alterna con otro de inaccion, que constituye el *sueño*. En las partes del organismo cuyas funciones no están íntimamente ligadas al sistema nervioso, la accion y el reposo no se suceden formando períodos de larga interminencia, sino que la duracion del acto funcional es corta y, por lo mismo, alterna frecuentemente con la inaccion: el corazon descansa en el diástole y es activo en el sístole; el pulmon, durante la expiracion, reposa del trabajo de inspiracion, etc.

La intermitencia funcional es hasta tal punto característica de la célula nerviosa, que, no solo se observa en su estado hígido, sino que además constituye una de las condiciones mas culminantes de sus estados patológicos. De ahí que, cuando una enfermedad reviste el tipo intermitente, cualquiera que sea la naturaleza de aquella, el clínico se crea autorizado á diagnosticar una perturbacion nerviosa, idiopática ó deuteropática; de ahí tambien que, en las enfermedades mentales, los períodos de agitacion y de furor alternen con los de tranquilidad y lucidez; de ahí que las neuralgias, presenten sus paroxismos y remisiones en horas bastantes fijas y de ahí, en fin, que la mayor parte de las neuropatías sigan una marcha discontínua, mas ó menos regular.

A cada una de las agrupaciones de células que forman los diferentes segmentos del eje encéfalo-raquídeo corresponden propiedades funcionales, dignas de especial estudio. En las de la *médula*, hallamos una particularidad, que llamaríamos *retentividad dinámica*, que consiste en el poder de retener y conservar, por un tiempo mas ó menos largo, el influjo que provoca en el elemento anatómico la impresion metabólica, ó conmocion dinámica. Este influjo persiste en la célula hasta tanto que otra incitacion venida del exterior, y por consiguiente, marchando en direccion centrípeta,—*impresion éxito-motriz*,—obrando como el dedo que toca el disparo de un arma cargada, provoca una expansion centrífuga, que se traduce por un movimiento llamado *reflejo*. Desde entonces, la fuerza retenida en la célula en estado estático, pasa al estado dinámico, ó de ostensible actividad. Todo este juego funcional pasa desapercibido por el espíritu; por lo cual estas excitaciones y estos movimientos se califican de *inconscientes* ó *automáticos*.

Las células cerebrales manifiestan de un modo muy distinto la retentividad que hemos observado en las de la médula. Aque-

llas tienen la propiedad de conservar la impresion de los agentes exteriores que han obrado sobre ellas y de persistir, por un tiempo mas ó menos largo, en este nuevo estado. Esta aptitud para conservar en depósito las impresiones exteriores, puede, en las células cerebrales, continuar en estado latente por un tiempo indefinido y aun perderse para reaparecer bajo el influjo evocador de la primera impresion, ó por otra excitacion directa de las células circunvecinas. Esta singularísima propiedad de las células cerebrales, que constituye la *memoria*, puede compararse al fenómeno físico conocido con el nombre de *fosforescencia* ó *fluorescencia*, puesto en evidencia por el siguiente experimento de Niepce de Saint-Victor, citado por Luys. Se expone á la accion directa de los rayos solares, durante un cuarto de hora, un grabado, que por muchos dias se ha guardado en un lugar oscuro; aplícase en seguida dicho grabado sobre un papel fotográfico muy sensible, y despues de veinticuatro horas de contacto en la oscuridad, se obtiene en negro la reproduccion de los blancos del grabado..... Si se deja el grabado por largo tiempo á los rayos solares, satúrase de luz y se obtiene mucho mas ostensible el resultado.

Tómese un tubo metálico, cerrado en una de sus extremidades y tapizado de papel blanco en su superficie interna, expóngasele por espacio de una hora al sol, de modo que los rayos penetren en el interior y ciérresele inmediatamente despues; se verá, que el tubo retiene por un tiempo indefinido la propiedad de irradiacion, que le ha comunicado la insolacion; hecho que se hará mas perceptible por la impresion que causará en el papel sensible de la fotografía.

Pero la impresion que primitivamente reciben las células cerebrales no queda circunscrita á ellas, sino que, propagándose, por una série de conmociones intermediarias, á las que están enlazadas con aquellas, suscita la actividad de otros grupos celulares situados en diferentes regiones del cerebro. Desde entonces, estas células se ponen al unison con las primitivamente impresionadas y se convierten en focos secundarios de incitacion vibratoria, que retumba en otros grupos celulares.

Esta propiedad fisiológica de las células cerebrales, que Luys llama *automatismo espontáneo*, y que se manifiesta por el poder de entrar en accion por el influjo de excitaciones provocadas por las células ambientes ó por la accion de otras incitaciones de orígen periférico, es aplicable al mecanismo de la *asociacion de ideas*.

Si ahora consideramos las propiedades específicas de las cé-

lulas nerviosas desde el punto de vista de la resultante fisiológica, hallaremos que aquellas pueden reducirse á acciones *sensitivas*, *motoras*, *nutritivas* y *psíquicas*.

La *sensibilidad*, como dice Poincaré, constituye el atributo, si no principal, á lo menos inicial del sistema nervioso, pues, en virtud de ella, es provocada la funcion de los centros nerviosos. Diríase que la *sensibilidad*, ó, para emplear una voz de mas lato significado y de mejor aplicacion en este lugar, la *impresionabilidad*, cumple con el objeto de ponernos en relacion con las fuerzas que animan á la materia. Por las propiedades orgánicas de las células se verifica un incesante cambio de sustancia entre el organismo y el mundo cósmico: el doble trabajo de asimilacion y desasimilacion consiste en el contínuo vaiven de la materia. Por la impresionabilidad, propiedad exclusiva de la célula nerviosa, las condiciones dinámicas de los séres que nos rodean se comunican al nuestro, provocando en los elementos anatómicos provistos de las correspondientes aptitudes fisiológicas, una mutacion particular, por la cual, desde el estado estático, pasan á un estado dinámico, ó de conmocion, que se va gradualmente propagando á otras células, modificándose á proporcion de las condiciones dinámicas de los medios que atraviesa, remontándose unas veces á las células de la corteza cerebral, para llevar al espíritu la nocion del mundo exterior, circunscribiéndose otras á las regiones mas bajas de los centros nerviosos, y tendiendo en ambos casos á volver al mundo cósmico, siguiendo una marcha centrífuga, bajo la forma de contracciones musculares, automáticas ó voluntarias. Por donde se ve que, si, por las propiedades orgánicas de los elementos anatómicos, se establece el círculo de la materia, por las propiedades fisiológicas del sistema nervioso, se verifica la circulacion de la fuerza.

Hoy dia ya no hay quien crea que el sistema nervioso tenga fuerza motriz propiamente dicha: la contractibilidad atañe exclusivamente al tejido muscular; pero, para que esta propiedad se ponga en accion, se requiere una incitacion nerviosa de la fibra contractil. El *curare* paraliza los nervios de movimiento: el animal *curarizado* no ejecuta contracciones musculares, si las excitaciones del músculo van dirigidas por los nervios intoxicados. Mas, estas contracciones se presentan desde el momento en que un estímulo apropiado,—como una corriente galvánica—se aplica directamente al susodicho músculo. Digamos, pues, que la parte que al elemento nervioso le corresponde en el movimiento, consiste en la incitacion de la contractilidad muscular, no en la

misma contractilidad. Los músculos, los huesos y los ligamentos son los instrumentos de la locomocion; el sistema nervioso es el artista que hace funcionar el aparato.

La influencia del sistema nervioso en la nutricion, es hoy dia un hecho demostrado por la Patología. Las alteraciones de textura de ciertos ganglios del simpático, dan por resultado la atrófia de las partes en donde se distribuyen sus filetes, activando el movimiento contractil de los vasos. La existencia de nervios vaso-motores está fuera de duda; el papel que les está confiado consiste en proporcionar una cantidad mayor ó menor de jugos nutricios á los órganos; cuando, por la excitacion nerviosa, los vasos se contraen, disminuye su calibre, la sangre acude en menor cantidad, y por lo tanto, la nutricion tiene menos elementos de que disponer. En caso contrario, sobreviene la hiperemia, el proceso inflamatorio, la hipérplasia ó la hipertrofia. Pero, ¿se limita á esta intervencion indirecta el papel de la innervacion en las funciones tróficas? Poincaré cree que las células nerviosas llamadas tróficas, por el intermedio de conductores especiales, ejercen en los actos de la nutricion una influencia mas inmediata y mas decisiva, dirigiendo el trabajo nutritivo de los tejidos, del propio modo que las células motoras existan y dirigen las contracciones de la fibra muscular. «La innervacion vaso-motriz, dice, seria el empresario del acarreo de materiales para la construccion del edificio, la innervacion trófica representaria el arquitecto que dirige la construccion y decide del empleo de los materiales y, por último, la célula vendria á ser el operario. Las alteraciones patológicas serian el resultado de las faltas de ese arquitecto, quien unas veces pecaria por exceso y otras por defecto de actividad.»

Las propiedades vitales del órden psicológico que forman los atributos mas sobresalientes de las células cerebrales, comienzan por la sensibilidad consciente, en virtud de la cual el alma se pone en relacion con las cualidades de los agentes cósmicos, siguen manifestándose por la trasformacion de estas impresiones en ideas, por la reviviscencia de las sensaciones, lo cual constituye los recuerdos, por las maravillosas operaciones de la imaginacion y por la elaboracion de los juicios y razonamientos, y terminan por la manifestacion de los impulsos de la libertad moral ó del espíritu. No tenemos que insistir mas sobre estas propiedades, pues como atributos privativos de las células del cerebro, serán objeto de mas detenido análisis, cuando tratemos de las funciones cerebrales propiamente dichas.

§ II.

Propiedades fisiológicas de las diferentes secciones en que se presenta anatómicamente dividido el sistema nervioso cerebro-espinal.

Bastando para las aplicaciones al estudio de las enfermedades mentales una sucinta idea de las funciones que desempeñan las partes del sistema nervioso central que no son el cerebro, procuraremos reducir á proposiciones generales el estado de la ciencia en este punto.

Médula.—Los fenómenos fisiológicos de la médula se refieren al modo cómo responde á los excitantes que, directa ó indirectamente, actúan sobre sus elementos, á la trasmision de las impresiones y de las excitaciones motoras y á la accion que ejerce como foco de innervacion.

Excitabilidad.—A. La excitacion directa de los cordones posteriores determina movimientos, debidos á la accion de las fibras propias de los mismos y signos de sensibilidad, que corresponden exclusivamente á las raíces posteriores, que se insinúan á través de aquellos.

B. La excitacion de los cordones anteriores, si es muy intensa, provoca movimientos y fenómenos de sensibilidad, debidos á las fibras sensitivas recurrentes.

C. La sustancia gris se manifiesta inerte á las excitaciones directas.

Trasmisibilidad.—A. La seccion de los cordones posteriores, quedando íntegro lo restante de la médula, no interrumpe las funciones de trasmision de la sensibilidad ni del movimiento. La seccion de la médula en todo su espesor quedando íntegros los cordones posteriores, va seguida de una parálisis de sensibilidad y de movimiento mas completa que cuando han sido seccionados los cordones posteriores: luego, estos, al contrario de lo que creia Longet, no sirven para la trasmision.

B. La sustancia gris es el único medio de trasmision de las impresiones á lo largo de la médula, y esta funcion se verifica en sentido cruzado, de manera que las impresiones que recaen en el lado derecho de la periferia del cuerpo, son trasmitidas por la mitad izquierda de la sustancia gris, y vice-versa. Este entrecruzamiento no se observa en las funciones éxito-motoras.

C. Cuando una impresion llega á la sustancia gris de la médula, aquella se difunde y se propaga por todos lados, por la par-

te de la sustancia gris correspondiente á la mitad opuesta del lado impresionado.

D. Como las raícillas de los nervios de sensibilidad, antes de penetrar en el seno de la sustancia gris, recorren, atravesando los cordones posteriores, un trayecto, en parte ascendente y en parte descendente, de 6 á 8 centímetros, resulta que la seccion de estos cordones en un punto correspondiente á dicha zona de expansion de las raíces sensitivas, recae sobre estas y, por consiguiente, va seguida de parálisis de la sensibilidad de las partes en donde el nervio seccionado se ramifica.

E. Existen en la sustancia gris conductores especiales para las diversas especies de impresiones sensitivas de dolor, tacto, temperatura, cosquilleo y sentido muscular. Hoy dia no está bien determinado el sitio que ocupan estos distintos conductores; pero hay motivos para creer: que en la region dorsal, en el abultamiento cervico-braquial, los conductores de las impresiones de la temperatura pasan por el centro de la sustancia gris; que los conductores doloríferos, están mas difundidos y ocupan principalmente la parte posterior de dicha sustancia, y que los de contacto y de cosquilleo atraviesan por el segmento anterior la misma. En cuanto á la conduccion del sentido muscular, parece efectuarse, sin entrecruzamiento, por los cuernos anteriores.

F. La trasmision de las excitaciones motrices se verifica á través de los cordones antero-laterales.

G. Los cordones posteriores, resultantes del conjunto de fibras arciformes longitudinales que enlazan entre sí los diferentes segmentos, ó alturas de la médula, desempeñan el papel de reguladores de los movimientos, asociándolos.

H. Los cuernos anteriores de la sustancia gris de la médula son tambien, como los cordones antero-laterales, conductores de la excitacion motriz voluntaria, pues en las células de aquella sustancia terminan prolongaciones nerviosas procedentes de los centros encefálicos destinados á la locomocion voluntaria.

I. La porcion anterior de los cordones antero-laterales, desempeña un papel mucho mas importante en la conduccion de las excitaciones motrices, que la porcion lateral de los mismos.

Innervacion.—La médula no solo tiene la propiedad de responder á las excitaciones directas, ó procedentes de los nervios y de trasmitir las impresiones periféricas y las excitaciones motrices, sino que es á la vez en sí misma un importante foco de innervacion, cuyas manifestaciones constituyen las acciones reflejas, las cuales, á decir verdad, no son exclusivas de esta parte

de los centros nerviosos, pues se observan asímismo en el bulbo, en la protuberancia, en los tubérculos cuadrigéminos y en los gánglios del gran simpático.

Los movimientos reflejos de la médula han sido objeto de curiosos experimentos, cuyas consecuencias se pueden expresar por las siguientes proposiciones:

A. El poder reflejo de la médula consiste en una mera transformacion de la conmocion sensitiva en conmocion motora.

B. A pesar de las correlaciones establecidas entre todas las células de la médula, este órgano no tiene necesidad de existir en su totalidad para dar lugar á fenómenos reflejos.

C. Aunque el elemento sensitivo no sea llevado mas que por una sola raíz, no por esto se concentra siempre en una célula motriz, sino que puede propagarse á varias de estas, determinando movimientos múltiples y asociados.

D. Los nervios sensitivos y las células motoras se hallan dispuestos de tal manera, que cada uno de los movimientos reflejos se encuentra perfectamente apropiado para reaccionar contra la impresion recibida.

E. Las manifestaciones del poder reflejo de la médula son mucho mas intensas cuando esta ha sido separada del encéfalo, y esta intensidad aumenta de punto á proporcion que disminuye la longitud del segmento caudal.

F. La intensidad del poder reflejo es diferente en las diversas especies animales.

G. Cuanto mas jóven el animal, mas intenso es este poder.

H. Las extremidades periféricas de los nervios de sensibilidad, son mucho mas aptas para determinar movimientos reflejos que los troncos y que las mismas raíces de los nervios.

I. No todas las regiones periféricas son igualmente aptas para provocar movimientos reflejos.

J. Tiene una influencia incontestable la naturaleza del excitante.

L. Hay algunas sustancias—el ópio, el alcohol, el tabaco, el éter y el cloroformo—que tienen la propiedad de exaltar el poder reflejo de la médula, así como otras—el ácido hidro-ciánico, la belladona y el bromuro de potasio—que obran abatiendo estas acciones.

M. En algunos estados morbosos, aumenta el poder reflejo de la médula.

N. Este poder puede extinguirse por agotamiento.

O. La cantidad y la calidad de la sangre que recibe la mé-

dula, ejercen una influencia muy notable en su poder reflejo.

Bulbo raquídeo.—En el bulbo, como en la médula, tendremos que examinar fenómenos de excitacion, de trasmision y de irradiacion nerviosa.

Excitabilidad.—*A.* Apesar de alguna divergencia entre los fisiólogos, todo induce á creer que las pirámides anteriores trasmiten excitaciones para el movimiento.

B. Los hacecillos intermedios responden á la excitacion, con movimientos convulsivos.

C. Atendido el orígen bulbar de las fibras de los cuerpos restiformes y su terminacion en el cerebelo, es de suponer que son asiento de una grande excitabilidad, que responde á los estímulos por movimientos tumultuosos.

D. Las pirámides posteriores son muy sensibles, pero la sustancia gris del suelo del cuarto ventrículo parece carecer de sensibilidad.

Trasmisibilidad.—*A.* Los experimentos biológicos y los estudios patológicos, están de acuerdo respecto á que la sustancia gris del bulbo es el único medio por donde continúa la trasmision de las impresiones de sensibilidad que han atravesado la médula en la direccion cruzada, de que hemos hablado.

B. Las pirámides anteriores están evidentemente destinadas á la trasmision del movimiento voluntario; pero no son ellas solas en este oficio, pues los hacecillos intermedios desempeñan funciones análogas.

C. El entrecruzamiento de los cordones antero-laterales, que comienzan en el bulbo, se completa en la protuberancia; de donde que la parte derecha del encéfalo, influya sobre la motilidad del lado izquierdo del cuerpo y vice-versa.

Irradiacion nerviosa.—La innervacion del bulbo preside á las funciones mas importantes de la vida, tales como la respiracion, la funcion glicogénica del hígado, las secreciones urinaria y salival, la circulacion, la deglucion, la fonacion y la expresion mímica. Solo nos interesa examinar el mecanismo de esta accion nerviosa en las dos últimas funciones.

La produccion de la palabra—dejando aparte los actos psíquicos que presiden y preceden á esta funcion, pues este estudio deberemos hacerlo entre las del cerebro—consta de dos actos bien distintos: la formacion de la voz y la articulacion de los sonidos laríngeos. Ambos se hallan regidos por el bulbo. Para la fonacion hay el nervio espinal, que se distribuye por el aparato respiratorio, con el pneumogástrico; mas, así como este trasmite

el influjo excito-motor necesario para la mecánica de la respiracion, el otro dirige los actos de la fonacion. En efecto, al animal á quien se ha practicado la seccion del encéfalo por encima del bulbo, responde por un grito seco y siempre igual á las excitaciones periféricas; este grito no es la expresion del dolor, como acontece cuando el experimento se repite estando íntegra la protuberancia, sino el producto de un movimiento reflejo. En la especie humana se han visto mónstruos acéfalos que tambien han producido gritos por la excitacion del tegumento. Tambien está sometida al bulbo la articulacion de las palabras; pero el bulbo no es el centro de la elocucion—este tiene su asiento en el cerebro—sino mas bien el registro por el cual se pone en funcion el aparato fonético, para expresar las concepciones intelectuales. «En las capas intelectuales del cerebro, dice Poincaré, se hallaria el poeta que debe crear el libreto de la ópera; en el centro de elocucion, el compositor que debe traducir en lenguaje musical el pensamiento del poeta, y en el bulbo, la orquesta que debe hacer apreciable, por los órganos de los sentidos, la obra del poeta y del compositor.»

La armonía de los actos que constituyen la fonacion, corresponden á curiosas disposiciones anatómicas del bulbo, que no creemos estén bien demostradas. Los dos núcleos de orígen de los nervios hipoglosos, estarian enlazados entre sí por fibras trasversales y con el núcleo del facial correspondiente; de donde resultaria, que los dos principales nervios que dirijen la articulacion de los sonidos, se hallarian reunidos por comunicaciones anatómicas. El núcleo del hipogloso emitiria otro hacecillo de comunicacion que, penetrando en la protuberancia, terminaria en el orígen del trigémino; en virtud de esta anastómosis, el hipogloso recibiria, del quinto par, el sentido muscular. Algunas otras fibras de los núcleos de orígen del hipogloso y del facial irian á parar á la oliva de su lado, para coordinar los movimientos de la locucion, como lo hacen los cordones posteriores de la médula. Las dos olivas estarian en relacion por medio de fibras trasversales, por las cuales se estableceria la asociacion sinérgica de ambos lados del bulbo. Supónese, por último, que todos estos focos de innervacion están en comunicacion con el centro cerebral de elocucion, por medio de fibras ascendentes. Todos estos detalles de textura son hasta hoy dia puramente hipotéticos.

El papel del bulbo en la expresion mímica, es un hecho incuestionable. Si las emociones morales y las pasiones se revelan, á pesar nuestro, en el semblante, es por la impresion excito-motriz,

que, procedente del encéfalo, conmueve el núcleo de orígen del facial y se trasmite á los músculos de la cara. La continuacion del núcleo bulbar del facial en la protuberancia, comunicándose con el del trigémino, explica el sentido muscular en los movimientos de la fisonomía.

Protuberancia.—Excitabilidad.—A. La excitacion de las pirámides anteriores, que, como se sabe, pasan inmediatamente por encima de las fibras trasversales que forman el puente de Varolio, va seguida de movimientos epileptiformes generales, y por consiguiente, distintos de los que produce la excitacion de los cordones anteriores de la médula, que son convulsivos, clónicos y localizados á determinados segmentos del cuerpo.

B. La excitacion de las fibras trasversales, da lugar á un movimiento circular, por el cual el animal gira sobre el eje longitudinal de su cuerpo. Este movimiento es análogo al que se determina por la excitacion del cerebelo, de los pedúnculos cerebelosos y de los tubérculos cuadrigéminos; este último, sin embargo, consiste en un movimiento de rotacion sobre un eje vertical que cae sobre el cuarto pelviano del animal.

C. La excitacion de la region posterior de la protuberancia, va seguida de manifestaciones de dolor, por la presencia del núcleo de orígen del nervio trigémino.

Trasmisibilidad.—A. Las fibras blancas, continuacion de las pirámides anteriores de la médula, trasmiten las impresiones motoras dimanadas del encéfalo, parte en sentido entrecruzado y parte directamente.

B. Las impresiones sensitivas se trasmiten al cerebro, no por la continuacion de los cordones posteriores y de los cuerpos restiformes, sino por la sustancia gris.

Irradiacion nerviosa.—La protuberancia es, sin duda alguna, uno de los principales centros de donde emergen las excitaciones motrices. Aunque sometidos á la voluntad, los movimientos suscitados por la protuberancia no tienen la cualidad de voluntarios, sino en cuanto la volicion que los determina procede de la células de la corteza del cerebro. Los animales inferiores ejecutan movimientos á pesar de hallarse privados de cerebro; pero estos son meramente automáticos. A proporcion que se asciende en la escala del perfeccionamiento cerebral, se pronuncia mas y mas el enlace entre la inervacion motora de la protuberancia y los impulsos de la voluntad originarios del cerebro. Por esta razon, los idiotas, con todo y tener un desarrollo normal de la protuberancia, ofrecen pocas aptitudes para los movimientos voluntarios;

por igual motivo, la apoplegía cerebral va seguida de parálisis del movimiento. Hay que contar, empero, con que no es la protuberancia el único ni el primer foco de irradiacion motora; sino que esta parte ya de un punto mas elevado, esto es, de las grandes células de la sustancia gris de los hemisferios, se refuerza en las de los cuerpos estriados, aumenta de intensidad en las de la protuberancia y acaba de acrecentarse en las del bulbo y de los cuernos anteriores de la médula. Así pues, la protuberancia es una máquina motora de refuerzo, que obedece á los impulsos del centro volitivo. En la coordinacion del movimiento, hay tal acuerdo entre la protuberancia y el cerebelo, que estos dos órganos pueden considerarse como partes de un mismo aparato; resultado fisiológico, que viene en apoyo del hecho anatómico, que en su lugar hemos expuesto, relativo á que las fibras trasversales de la protuberancia no forman una comisura inter-cerebelosa, sino que, nacidas de los lóbulos laterales del cerebelo, terminan, despues de entrecruzarse, en células de la sustancia gris de la protuberancia.

Los experimentos fisiológicos tienden á demostrar que, respecto de la sensibilidad, como respecto del movimiento, la protuberancia desempeña un papel amplificador de las impresiones que se dirigen hácia el cerebro, modificándolas y preparándolas para suscitar, en las células de los tálamos ópticos, sensaciones propiamente dichas, y en las células de los hemisferios cerebrales, ideas. Si á un animal á quien se le ha separado la protuberancia, y con ella el resto del encéfalo, se le estimula el tegumento, á cada impresion responde con un grito igual, el que, segun queda dicho, no viene á ser mas que el producto de una impresion refleja del bulbo; si la seccion ha tenido lugar por delante de la protuberancia, de modo que esta quede unida al bulbo, el animal responde á cada estimulacion por varios gritos de diferente tono, análogos á los que en estado sano exhalaba cuando se le sometia á alguna impresion de dolor. Esta última manifestacion de la impresion sensitiva es, pues, mas perfecta y mas ampliada que la anterior, y todo induce á creer que en la protuberancia tiene lugar un fenómeno de sensibilidad, que solo difiere de los que tienen su asiento en el cerebro, en que el individuo no tiene conciencia de él. Se diria, pues, que la protuberancia tiene el poder de amplificar las impresiones que vienen del bulbo, reaccionando por una agitacion general. «La protuberancia, dice Poincaré, es como la caja del instrumento de cuerda, que prolonga el sonido.»

De los experimentos de Vulpian resulta, que la protuberancia preside á la percepcion de las impresiones acústicas y gustuales: las ratas á quienes se ha privado de cerebro, cuerpos estriados y tálamos ópticos, ejecutan un movimiento de sobresalto cada vez que junto á ellas se produce un ruido algo fuerte, y manifiestan percibir el gusto del áloes, por la copiosa saliva que le sale de la boca, cuando se pone un fragmento de esta sustancia en contacto con sus papilas linguales.

Es, por último, muy probable que la protuberancia ejerza un papel activo en las secreciones salival y renal: picando el suelo del cuarto ventrículo, se provoca una abundante secrecion de saliva—fenómeno que tal vez explicaria la espuma de los epilépticos—la poliuria y aun á veces la albuminuria.

Cerebelo.—No hay parte del sistema nervioso encéfalo-raquídeo sobre la cual se hayan practicado mas experimentos y se haya divagado tanto en punto á la determinacion de su destino fisiológico, como el cerebelo. Prescindiendo de las hipótesis de los antiguos y viniendo á la época contemporánea, vemos que Gall le consideró asiento del sentido genésico; Rolando como foco en donde se origina toda la fuerza muscular sometida á la voluntad; Petit, Macerat y Foville como un centro de percepcion de las impresiones de sensibilidad general, tactiles, de temperatura y de cosquilleo; segun Flourens, es órgano coordinador y regulador de los movimientos y no foco de creacion de excitaciones motrices; para Laussana es el asiento del sentido muscular, y, en tal concepto, dirige la coordinacion de los movimientos. Luys adopta las ideas de Flourens y completa la doctrina: en su opinion, el cerebelo es el centro mas poderoso de fuerza motriz, la cual, en parte, por los pedúnculos cerebelosos medios, se dirige á la protuberancia, para satisfacer las necesidades generales de la locomocion; otra parte marcha, por los pedúnculos cerebelosos inferiores, al bulbo, para excitar los movimientos del corazon, de la respiracion, de los intestinos y de la vejiga; por último, otra porcion de la fuerza cerebelosa, por los pedúnculos cerebelosos superiores, va á parar á los cuerpos estriados, propagándose á la sustancia cortical de los hemisferios, determinando la iniciativa de los fenómenos psíquicos mas elevados, interviniendo, por consiguiente, en la actividad intelectual y en la energía de la voluntad. El exceso de innervacion cerebelosa provoca la osadía y la manía ambiciosa; su defecto da lugar á la pusilanimidad, al temor y á la melancolía.

En este punto, la teoría que mejor se aviene con los resulta-

dos de la experimentacion biológica y con la experiencia clínica, es la de Poincaré, que concilia satisfactoriamente las opiniones mas racionales. Cree, en efecto, como Laussana, que el cerebelo es el centro de percepcion de las sensaciones musculares, y como á tal, como Flourens, opina que es el órgano coordinador de los movimientos voluntarios; pero á la vez admite, como Luys, que el cerebelo es órgano productor de incitacion motriz, pues sin esta propiedad seria inútil la aptitud para percibir las sensaciones musculares. Aquí, como en todos los aparatos de los centros nerviosos, el centro de produccion del movimiento debe estar contíguo al centro de percepcion de las impresiones que deben provocar la reaccion motriz. «El cerebelo, dice Poincaré, es la médula engrosada y desplegada, que aquí se manifiesta con sus cordones anteriores y posteriores afectando una nueva disposicion respectiva. En la máquina locomotora, la parte conductora no puede estar separada de la parte creadora. Estas dos partes son necesariamente complementarias una de otra; se fusionan recíprocamente en el doble concepto anatómico y fisiológico. Hé aquí porqué el cerebelo debe ser considerado á la vez como centro creador y coordinador; por este doble título, sus lesiones producen la ataxia. Hé aquí porqué las interpretaciones de Flourens y de Luys, son acaso igualmente verdaderas. Aun á riesgo de pasar plaza de ecléctico, añadiré que no extrañaría fuese tambien verdadera la interpretacion de Laussana, puesto que, si real y efectivamente existe el sentido muscular, no puede ser eficaz sino en tanto va á resonar especialmente sobre el sitio en donde se engendra el movimiento.»

Pedúnculos cerebrales.—A las excitaciones directas de los pedúnculos cerebrales, el animal responde con manifestaciones de dolor. La seccion completa del de ambos lados, va seguida de parálisis general del movimiento y de la sensibilidad. La seccion de algunas fibras del departamento inferior del de un solo lado, da por resultado inmediato un movimiento circular, ó de rueda, acompañado de desviacion de los ejes visuales y de *nistacmus.*

De todo esto se deduce: 1.°, que los pedúnculos cerebrales son órganos de traspaso de las impresiones sensitivas y de las excitaciones motoras desde el cerebro á la protuberancia; y 2.°, que probablemente existe en ellos un foco de fuerza motriz para los globos oculares, pues en la sustancia negra de Sœmmering toman orígen los nervios motores oculares comunes.

Tubérculos cuadrigéminos.—Irritando directamente los tubérculos cuadrigéminos, no se ven muestras de sensibilidad; pero sí

el estímulo es muy vivo, sobreviene un estado convulsivo en los ojos. Las excitaciones mas ligeras dan lugar á la oclusion de las pupilas. Este fenómeno se observa aun cuando se haya practicado la avulsion de todas las partes que están por delante de estas eminencias nerviosas, con tal que hayan sido respetadas las cintas ópticas y los cuerpos geniculados. Entonces basta el estímulo de la luz en los ojos, para provocar la contraccion del iris. La destruccion de los tubérculos cuadrigéminos va seguida de parálisis del iris.

A pesar de todo, no es posible considerar á los tubérculos cuadrigéminos como centros de percepcion de las impresiones luminosas, sino como focos de la irradiacion excito-motora que rige el mecanismo de la acomodacion de los ojos. Partiendo de las retinas, las impresiones ópticas marchan á lo largo de los nervios ópticos, y al nivel de los cuerpos geniculados, se dividen en dos corrientes: una mayor, que penetra por el tálamo óptico y remonta hácia las células de la sustancia gris de los hemisferios, para determinar las impresiones y sensaciones visuales, y otra menor que, á través de los cuerpos geniculados, llega á los tubérculos cuadrigéminos, para excitar la reaccion que determina el movimiento de los ojos. En tal concepto, los tubérculos cuadrigéminos serian á la region del cerebro destinada á la percepcion de las impresiones ópticas, lo que la protuberancia es al cerebro en general, relativamente á las demás sensaciones. A esta teoría le falta aun demostracion experimental en mas de un punto; pero es la que mejor se amolda á los hechos que registran la Fisiología y la Patología, y la que mas se adapta á las disposiciones de textura que manifiesta la Anatomía.

§ III.

De las funciones cerebrales propiamente dichas.

Las operaciones psíquicas comienzan en las sensaciones como fenómenos elementales, sin los que no habria materia funcional para las demás aptitudes del cerebro, y terminan por los movimientos suscitados por las voliciones.

Segun hemos dicho, el núcleo del encéfalo está constituido por unos aparatos celulares destinados á las impresiones sensoriales—los tálamos ópticos,—y por otros cuyo oficio es trasmitir y trasformar todas las modificaciones voluntarias para el movimiento—los cuerpos estriados.— En el núcleo del encéfalo encon-

tramos, pues, el principio y el fin de los actos cerebrales del órden psíquico, así como en los hemisferios del cerebro se verifican los actos intermedios entre la sensacion y la determinacion motriz voluntaria.

De ahí que, para sacar algun provecho del complicado estudio de la fisiología cerebral, sea preciso, antes de entrar en el mecanismo de los actos psíquicos, atender al exámen de las propiedades fisiológicas y de las funciones elementales de los tálamos ópticos y de los cuerpos estriados.

Tálamos ópticos.—Sea que los elementos anatómicos de estos órganos tengan como atributo la sensibilidad, ó bien que esta propiedad corresponda á las fibras de los pedúnculos cerebrales que los atraviesan, ello es que la irritacion de los tálamos ópticos va constantemente seguida de signos de dolor muy vivo. Además, si la irritacion recae sobre un solo tálamo, el animal presenta algunas veces el fenómeno, ya descrito, del movimiento de rotacion.

La idea mas antigua respecto al destino fisiológico de los tálamos ópticos, consiste en considerarlos centros de las percepciones visuales; esta opinion, que se fundaba en las conexiones de las cintas ópticas con los cuerpos geniculados, hubo de ser abandonada desde el instante en que se siguieron las fibras de estas cintas hasta los tubérculos cuadrigéminos, y que, por la Anatomía comparada, se demostró que los lóbulos ópticos de los peces, donde terminan los nervios de este nombre, corresponden á los referidos tubérculos. Entonces se creyó que estos eran los centros encefálicos de la vision.

Serres observó que la seccion de los tálamos ópticos iba seguida de parálisis de las extremidades torácicas, y de este resultado experimental, consideróse autorizado á deducir que los tálamos ópticos son centro del movimiento de las extremidades torácicas, así como los cuerpos estriados de los de las extremidades pelvianas. El ilustre fisiólogo olvidó que, por esta seccion, quedaban interesadas fibras conductoras de movimiento que no hacen mas que atravesar el tálamo y que, por consiguiente, no forman parte integrante de este órgano.

Hoy dia prevalece la opinion de Luys, quien considera que el tálamo óptico es un lugar en donde se reunen todos los centros de perceptividad general y especial, formando cuatro departamentos distintos, bien que contiguos y agrupados en una masa comun. Luys se apoyaba en los estudios anatómicos y en los hechos patológicos; faltaba á su doctrina una sancion expe-

rimental: esta se la han dado los trabajos de Fournié. Estos experimentos, que nosotros hemos repetido varias veces, consisten en destruir, por medio de una disolucion cáustica, la parte del cerebro sobre que se desea experimentar. Al efecto, prévia la cloroformizacion del animal, se levanta el tegumento en una corta extension de la bóveda craniana, y en esta, por medio de un perforador, se practica un pequeño orificio, por el cual, á beneficio de una jeringuilla de Pravaz, cargada de una disolucion de cloruro de zinc, teñida de azul, por la anilina, se penetra hasta una profundidad y direccion dadas y se impele el émbolo, para que el líquido cáustico se difunda por la materia cerebral. Desvanecidos los efectos del cloroformo, se observan por espacio de cinco á veinticinco minutos los fenómenos que presenta el animal, el cual es desde luego sacrificado, para ver, en el cerebro, las partes que han sido atacadas por el cáustico, cosa que se pone de manifiesto por el tinte azul propio del líquido inyectado. Poniendo en relacion las lesiones anatómicas con los síntomas experimentales, se llega á conocer el papel fisiológico de las diferentes partes del encéfalo.

En el tálamo óptico termina la obra de sensacion iniciada en la protuberancia. La percepcion se comunica luego á la sustancia gris de las circunvoluciones y engendra las ideas, los juicios y demás actos psíquicos propiamente dichos. «No hay duda, dice Poincaré, que en los tálamos ópticos se forman las imágenes, se fotografían los objetos; las vibraciones sonoras se trasforman en sonidos; los efluvios de los cuerpos odoríferos se truecan en olores, y las conmociones de contacto directo, se convierten, para la conciencia, en impresiones del tacto. Aquí queda terminado el hecho sensorial, y el cerebro ya no tiene que hacer otra cosa mas que sentir, relacionar é interpretar esas imágenes, ese sonido, ese olor, ese contacto. Las células de este centro tienen la mision de dar cuerpo ó bien existencia fisiológica á las diferentes conmociones que proceden de la periferia y convertirlas en fenómenos vitales especiales.»

Esto, empero, no es decir que las impresiones sensoriales de los tálamos ópticos deban ser siempre de orígen periférico; antes al contrario, las células de estos núcleos son susceptibles de entrar en actividad, ya en virtud de una conmocion nacida en las células corticales, ó de ideacion—como acontece con las ideas recordadas, que suscitan sensaciones análogas á las que determinaron en otro tiempo las acciones directas de los agentes exteriores sobre nuestros sentidos—ó de un modo espontáneo, por

efecto de una hiperemia ó irritacion funcional de sus elementos anatómicos. En este último caso, las sensaciones espontáneamente nacidas en los tálamos ópticos, provocan en el cerebro un estado alucinatorio, que puede dar por resultado el delirio frenopático. Un estado alucinatorio semejante es lo que constituye los ensueños, y no es raro observar que estas sensaciones espontáneas inicien ó den pábulo á los desvíos intelectuales y morales propios de la locura.

Cuerpos estriados.—Los experimentos de los fisiólogos modernos han puesto fuera de duda que esta parte del núcleo encefálico es inexcitable é insensible, y que tiene una intervencion muy importante en el movimiento voluntario. La seccion de los cuerpos estriados, dejando íntegros los pedúnculos cerebrales, no va seguida de parálisis de los movimientos; pero estos pierden su espontaneidad, dejan de ser voluntarios, puesto que ya no se hallan bajo el influjo de la inervacion cerebral, sino regidos por la protuberancia.

Los cuerpos estriados, á diferencia del cerebelo, protuberancia anular y cuernos anteriores de la médula, no son focos de creacion de fuerza motriz, sino un intermedio indispensable entre el cerebro y los otros centros locomotores, por el cual estos reciben las determinaciones de la voluntad. «Son, como dice Luys, un terreno neutral, en donde el estímulo de la volicion, emanado de las regiones periféricas cerebrales, se disemina desde luego, para entrar en conflicto con las fibras espinales y provocar inmediatamente la reaccion secundaria de las diferentes especies de células motoras del eje espinal.» Poincaré, con la felicidad de comparacion que le distingue, dice, que el cuerpo estriado es el arco por medio del cual el artista toca el instrumento.

Hemisferios cerebrales.—Al llegar al exámen de las funciones que competen á la parte cortical de los hemisferios del cerebro, vacila nuestra pluma y quisiéramos poder prescindir de entrar en materia por no caer en lamentables errores, pues nos hallamos en un terreno esencialmente psicológico. Aquí las vivisecciones, como medio de estudio, tienen limitada aplicacion y el verdadero sugeto del experimento somos nosotros mismos. Hasta el tálamo óptico, la conmocion que la impresion exterior provoca en el elemento nervioso, podia equipararse con las modificaciones de órden dinámico que se manifiestan en otras células orgánicas; teníamos un efecto material, hasta cierto punto al alcance de nuestros sentidos, y por lo tanto, nos hallábamos en

presencia de hechos físicos, cuya esencia estábamos en el derecho de comparar á las vibraciones sonoras, á la polarizacion de la electricidad, y á mil otros fenómenos que las ciencias estudian en el mundo cósmico. En las funciones del cerebro, hallamos los fenómenos de la inteligencia, de la voluntad, de la afectividad y, sobre todo de la conciencia, que no se explican sino por la mediacion de una actividad distinta de las fuerzas de la materia y que, por lo mismo, es preciso atribuir al espíritu. Si se negase la existencia del alma, seria preciso atribuir á la sustancia cortical del cerebro propiedades vitales de un órden esencialmente distinto de las que presentan los demás cuerpos, y aun así no se explicaria la aptitud que tenemos para conocernos y estudiarnos á nosotros mismos. Siempre vendríamos á parar en que supuesto que el cerebro conoce, piensa y quiere, ha de haber otra entidad *que conoce* que *piensa* y que *quiere*: este hecho de reflexion, que produce la conciencia, es la característica del *yo*.

No perdamos, pues, de vista, que, al estudiar la fisiología del cerebro, tratamos solo de investigar el mecanismo funcional del instrumento, con sus actividades intrínsecas, único medio por el cual el alma, en este mundo, puede manifestar sus facultades, ó poderío. No olvidemos tampoco que esta es la sola manera de lograr explicaciones fisiológicas de la enajenacion mental que tengan verdadera utilidad clínica.

No somos partidarios de la Frenología, pues no creemos que las aptitudes psíquicas estén localizadas en determinadas regiones ú órganos encefálicos. Los trabajos de Gall y Spurzheim para formar la topografía del cerebro, no han dado los resultados que se esperaban. La Anatomía comparada, cuyo concurso invocaron, ha venido á demostrar lo contrario de lo que ellos sostenian; las vivisecciones y, sobre todo la Fisiología y la Anatomía patológicas de los centros nerviosos han cuarteado de tal modo el edificio, cuyo remate los referidos autores confiaron á los tiempos venideros, que hoy por hoy, la ampulosa obra del médico de Bade y de su infatigable discípulo, es tan solo un monumento histórico de la Fisiología. En el terreno práctico, la Frenología ha sido batida en sus últimas trincheras; hasta el ridículo se ha apoderado de ella: Leuret, su encarnizado adversario, la ha herido con el dardo de la epígrama. «Muchas veces, dice, me ha sucedido el caso de mandar á los frenólogos un cerebro de perro y otro de carnero, y decirles: «de estos dos animales que llevaban los cerebros que os envío, el uno conducia al otro: decidme ¿cuál

era el conductor?»—Todos, sin vacilar, han indicado el cerebro del carnero.»

Sin embargo de esto, en el estado actual de la ciencia, deben considerarse como hechos fuera de discusion los siguientes:

1.° Que el cerebro es el órgano de las facultades psíquicas.

2.° Que el desarrollo de los hemisferios cerebrales está en proporcion con el de la potencia intelectiva.

3.° Que este desarrollo se entiende referente al volúmen, extension superficial, densidad conveniente y vascularizacion proporcionada de la sustancia gris de los hemisferios.

4.° Que la sustancia blanca de los hemisferios conduce las impresiones eferentes y aferentes de las circunvoluciones del cerebro.

5.° Que la sustancia gris es la única dotada de aptitudes psicológicas.

Y 6.° Que las alteraciones morbosas psicológicas de carácter permanente, corresponde á lesiones anatómicas mas ó menos profundas de la sustancia cerebral.

Así, pues, fisiológicamente hablando, el cerebro es un aparato complexo, formado de elementos productores de funcion y de conductores de incitacion funcional, por el cual se verifican los actos psicológicos; no un conjunto de órganos, agrupados, segun cierta ordenacion topográfica, que correspondan á determinadas aptitudes intelectuales, morales é instintivas. En una palabra, creemos que en el cerebro residen las aptitudes materiales necesarias para las manifestaciones de la actividad psiquica, y negamos que cada una de estas aptitudes se halle circunscrita en determinados grupos de circunvoluciones, que los frenólogos llaman *órganos cerebrales*.

Al tratar de profundizar en el mecanismo de las operaciones psíquicas, se siente desde luego la necesidad de clasificarlas. Nosotros, de acuerdo con los filósofos, dividiremos las facultades psíquicas en *intelectuales*, comprendiendo entre estas la *voluntad*, *afectivas* é *instintivas*.

Facultades intelectuales.—Siquiera para entender sea indispensable haber sentido, puesto que las ideas llamadas *innatas* son tambien de orígen estético, no es posible confundir la sensacion con la *idea*. La *sensacion* resulta de un estímulo aplicado á nuestro cuerpo, cuya impresion llega hasta el tálamo óptico; la *idea* consiste en la nocion de esta misma impresion. La sensacion es, pues, un fenómeno estético, mientras que la idea es un fenómeno intelectual. Por lo general, las sensaciones provocan

ideas; mas, en ciertos casos, dejan de producirlas: la impresion queda limitada á las células de los tálamos ópticos y no suscita la accion de las de la sustancia gris de los hemisferios. El demente puede sentir, como el sugeto de entendimiento sano; pero no entiende lo que siente; sentimos cuando dormidos, cuando estamos preocupados ó absortos en alguna idea, pero no formamos conocimiento de lo que sentimos. Fisiológicamente hablando, la sensacion es un resultado dinámico de la excitacion de las células de los tálamos ópticos, y la idea es el efecto de esta accion dinámica propagada á las células de la corteza del cerebro, en donde suscita la nocion espiritual de la impresion sentida. Si hace falta una comparacion, diremos, que la sensacion equivale á la presion ejercida sobre la tecla de un piano, y la idea al sonido resultante de la percusion que sufre la cuerda á consecuencia de la presion que obra sobre la tecla. Hay, por consiguiente, en nosotros una aptitud por la cual conocemos el mundo exterior en cuanto se nos hace sensible: esta facultad es la *percepcion*. Y, como esta facultad es la mas elemental, al propio tiempo que la que primero manifiesta el hombre, hay razones para decir que la percepcion, tanto en el órden categórico como en el cronológico, es la *primera* de las facultades intelectuales.

La *atencion* es otra de las facultades intelectuales. Consiste en el conato de sentir ó percibir, espontáneamente suscitado en las células cerebrales: diríase que es un estado de eretismo, desplegado en estas mismas células, para mejor conocer el mundo exterior por medio de las sensaciones, recogiendo los elementos que de estas llegan al cerebro.

Atender es tener fuerza y voluntad de percibir: la atencion viene á ser, pues, la voluntad aplicada á la inteligencia y á la sensibilidad. Quien mas atiende, mas y mejor percibe; quien mas percibe, mas conoce. La atencion suele ser defectuosa en los locos; de donde que muchas impresiones sensoriales les pasen desapercibidas: por esto ignoran muchas cosas que pudieran haber aprendido si su cerebro hubiese estado sano. Como los agentes dinamídeos, la atencion es susceptible de acumularse en un punto á expensas de otros. Por esto las ideas fijas, propias de ciertos estados frenopáticos, dan por resultado la falta de atencion para las impresiones que no corresponden al órden de las ideas patológicas dominantes. En el estado hígido, la atencion debe tener cierta movilidad, para pasar de un objeto á otro, á las órdenes de la voluntad. *Estar distraido*, es atender á otra sensacion ó idea recordada y distinta de aquella sobre la cual se desea

fijar la atencion, en un momento dado. De ahí que para concentrar la atencion sobre un determinado objeto, sea conveniente sustraerse á los estímulos externos diferentes de los que son propios del que queremos conocer. De esta suerte procuramos evitar las causas de difusion de la fuerza perceptiva, para concentrarla en un punto del cerebro.

La *memoria* es el poder que tienen las células cerebrales de conservar, por un tiempo mas ó menos largo, las impresiones sensoriales y las ideas sugeridas por estas. La memoria puede manifestarse de una manera automática ó por la intervencion de nuestra voluntad; así, á veces decimos que *nos persigue un recuerdo*, esto es, que, á pesar nuestro, se halla presente en nuestro entendimiento una idea y una sensacion que quisiéramos haber olvidado, al paso que en otras ocasiones *hacemos esfuerzos para recordar*. En el primer caso, el recuerdo no es mas que el efecto de una vibracion automática de una ó mas células ópticas ó cerebrales, suscitada por la impresion actual de otra célula que, directamente ó indirectamente, comunica con la que retiene una impresion recibida en un tiempo anterior. En el segundo caso, la memoria, si bien se examina, es una variedad de la atencion, ó sea un conato funcional de la actividad del cerebro, para encontrar la huella de una modificacion metabólica retenida en los elementos anatómicos de este órgano. Como sabemos por experiencia que cuanto mejor enlazadas las ideas que vamos recibiendo y los juicios que vamos formando, tanto mas fácil es hacerlos revivir, ó recordarlos á voluntad, para aprender con provecho, solemos adoptar un método, ó regla de conducta para *estivar* de una manera ordenada nuestros conocimientos en el cerebro. Aprender sin método, es exponerse á olvidarlo todo.

Este mecanismo, en virtud del cual una percepcion evoca el recuerdo de otras, constituye la *asociacion de ideas*. No en vano las células de la capa superficial de la sustancia gris de los hemisferios están mútuamente enlazadas por prolongaciones comisurantes, á través de las cuales, como por una intrincadísima red telegráfica, se verifica la dispersion de las corrientes de impresion que emergen de los tálamos ópticos. Estas corrientes, á medida que á su paso encuentran células que virtualmente conservan la impresion metabólica que recibieron en otro tiempo, hácenlas entrar en vibracion—sentido figurado—y de esta suerte se ponen de manifiesto al espíritu las impresiones pasadas, con un carácter de actualidad, á veces tan marcado, que, en no pocos casos, decimos que *tenemos presente* lo que recordamos.

Que esta propiedad de hacer revivir las sensaciones y de asociar las ideas, pertenece á las células cerebrales y no exclusivamente al espíritu, se demuestra por el hecho de la pérdida parcial de la memoria coincidente con la destruccion de determinadas células de la capa cortical de los hemisferios, que se observa en los dementes. En el espíritu, como esencia pura é indivisible, no se comprende la pérdida parcial ó total de ninguna facultad. Las células cerebrales son como espejos que tuviesen la propiedad de conservar las imágenes del mundo exterior—recuérdense los experimentos de Niepse de Saint-Victor sobre la fosforecencia, citados en la página 73—el espíritu es el ojo que ve el mundo exterior en estos espejos. La desaparicion del espejo causa la desaparicion de la imágen, y entonces, aun cuando el ojo conserve la facultad visual, no se ve la imágen, pues esta ha dejado de existir. Siguiendo la comparacion, tendremos que, así como cuando se empaña el espejo la imágen se forma de una manera confusa, y reaparece con toda limpieza en el momento en que el reflector recobra el debido pulimento, de igual suerte, por ciertos estados, normales ó patológicos, del cerebro, pueden modificarse las células de manera que solo reciban impresiones someras y fugaces de los agentes externos, y por consiguiente, tienen escasa retentividad. En semejante caso, se dice que la memoria *es débil*, ó que el recuerdo *es confuso*, ó *vago*. En el momento en que, con ó sin intervencion terapéutica, se desvanece el estado anómalo del cerebro, renace la memoria y la inteligencia recobra sus naturales brios.

De ese poder de conservar, ó como quien dice de *almacenar*, percepciones en las células cerebrales, deriva otra facultad psíquica no menos admirable: la *imaginacion*. Con impresiones anteriormente recibidas, puestas, voluntaria ó automáticamente, en accion, verifícanse combinaciones ó agrupamientos de ideas que difieren de los tipos naturales. Esta es la obra de imaginacion, facultad predominante en la manía. Si no se tachase de grosera la comparacion, diríamos, que en el cerebro, como en una fábrica de productos químicos, se almacenan y conservan las primeras materias de la inteligencia, que van acarreando los nervios de la sensibilidad, convirtiéndose desde luego en ideas. Estas sufren despues varias elaboraciones, combinándose unas con otras y dando productos novísimos, que, bien que en su esencia no difieran de las impresiones elementales directamente venidas de fuera, se presentan bajo aspectos diferentes de los que ofrece el mundo real. Asímismo, la Químí-

ca logra combinaciones que no se encuentran en la naturaleza.

Las percepciones actuales, suscitando el recuerdo de otras anteriores, ponen al espíritu en condiciones hábiles para comparar entre ellas. De este trabajo brotan las nociones mas complexas, que se llaman *juicios*. Oigo un silbido agudísimo, análogo al que otras veces he percibido en el momento en que la locomotora del ferro-carril emprende la marcha. Inevitablemente la percepcion de este silbido, suscita en mí el recuerdo de otras percepciones acústicas análogas, asociadas á otras ópticas, las del movimiento de la máquina, y con todos estos elementos, de un modo automático, se forma en mi cerebro un juicio que traduzco diciendo: «ahora parte el tren.»

El análisis de los actos funcionales que constituyen el juicio, arguye las siguientes condiciones orgánico-dinámicas de parte del sistema nervioso: integridad anatómica y aptitud funcional de los sentidos externos y de los nervios conductores de las impresiones; aptitud de impresion, de retencion y de trasmision de parte de las células de los tálamos ópticos y estado hígido de las células de ideacion, ó de la sustancia gris superficial, para trasformar las sensaciones en ideas, retener la impresion metabólica de que han sido objeto y comunicarse entre sí, por medio de las fibras comisurantes, á fin de diseminar las impresiones sensoriales á través de las redes de sustancia cortical, hasta que las dos ideas principales que forman los términos de la comparacion vuelvan á encontrarse, dando orígen al juicio. «Juzgar, como dice Luys, no es tan solo registrar las impresiones presentes y compararlas con las antiguas, sino además, sacar provecho de los diferentes datos que la experiencia ha confiado á la memoria, para establecer las mútuas relaciones y deducir sus analogías y diferencias.»

Las operaciones del juicio, á diferencia de las de la imaginacion, son lentas y pausadas, pues, como se efectúan sobre el mundo real, es preciso á cada paso consultar las impresiones de los sentidos, para no desviarse del sendero de la lógica, arrebatados por el poder imaginativo. Separarse de este rumbo, es apartarse de la verdad y del buen sentido; es, en una palabra, *delirar*—salir de surco.—El juicio, como diremos al tratar de la fisiología patológica de la enajenacion mental, puede ser defectuoso por varias causas, esto es, por anomalía funcional de los sentidos externos, por alteracion de los nervios conductores, por trastorno de las células sensoriales ó perceptivas, y finalmente, por perturbacion en los elementos de comunicacion de las im-

esiones cerebrales; de ahí diferentes variedades nosológicas de elirio, que el frenópata debe estudiar con particular escrúpulo.

Concretando cuanto acabamos de exponer respecto á las fa-ultades intelectuales, vemos que estas se reducen: á la *percep-on*, que recoge el gérmen de las ideas, ó sea de las impresiones e nos causan los agentes cósmicos; la *atencion*, ó conato de ntir y de percibir, causado por la aplicacion de la voluntad á inteligencia; la *memoria*, ó aptitud de conservar la impresion usada por las sensaciones y las ideas resultantes de la trasfor-acion de aquella; la *asociacion de ideas*, ó facultad de propagar o lejos, á través de las redes cerebrales, las impresiones senso-les, que hacen revivir en las células á donde alcanzan, las per-ciones que virtualmente retienen desde tiempo mas ó menos go; la *imaginacion*, que, combinando las ideas, puede formar os distintos de los que presenta el mundo exterior, y, por úl-no, el *raciocinio* y el *juicio*, que, despues de establecer el con-te entre dos ó mas ideas, dan orígen á otras mas complexas.

De la voluntad.—Por medio de recíprocas concesiones, los ofos y los fisiólogos han podido llegar á un acuerdo, al me-aparente, en todo cuanto se refiere á las funciones psíquicas erebrales que llevamos estudiadas; pero, á partir de la memo-, para pasar al terreno en donde se realizan las determinacio-cerebrales que suscitan los movimientos voluntarios, en-tramos un punto en donde es imposible no aceptar la activi-directa del alma: este punto es la voluntad. Querer, equivale ner fuerza para determinarse á obrar. Para querer una cosa, preciso conocerla, y para conocerla, es necesario haberla sen-. Decir que la voluntad está subordinada á la sensibilidad y la inteligencia, es enunciar una verdad; pero no es explicar la esencia ni el orígen de esa fuerza, que en nada se parece á que animan á la materia. Esta fuerza es, pues, de naturale-esencialmente psicológica, aunque sometida á la accion de ificadores físicos.

La corriente impresionadora que habia remontado hasta los nos ópticos, produciendo en estos la sensacion, y continuado la capa cortical del cerebro, dando lugar á las ideas, á los erdos, á los razonamientos y á los juicios, emprende, bajo influjo de la voluntad, una marcha de retorno, aunque por rente camino, pasando, desde las células pequeñas de la capa ical de los hemisferios, á las grandes y triangulares de la profunda de la sustancia gris de las circunvoluciones. Aquí, emos de juzgar por analogía de lo que sucede en la médula,

hemos de suponer que la impresion metabólica de las células cerebrales se trasforma en impresion excito-motriz, que inmediatamente es propagada, á lo largo de las fibras córtico-estriadas del sistema convergente superior, á los cuerpos estriados. En estos núcleos, la impresion es objeto de otra elaboracion que la materializa mas, y en tal estado, marcha, á lo largo del sistema convergente inferior, esto es, por los pedúnculos cerebrales, los cordones anteriores de la médula y los nervios motores, hasta las fibras musculares, para resolverse definitivamente en un acto completamente material y visible: la contraccion y el movimiento. La escuela materialista supone que, estando en comunicacion las células pequeñas de la zona superficial de los hemisferios cerebrales con las grandes de la capa profunda—comparables á las de los cuernos anteriores de la médula,—el estímulo de la volicion nace en estas últimas, por el simple hecho de la propagacion de la conmocion de aquellas á estas. Es un mero fenómeno de reflexion, de un órden mas elevado que los que se efectúan en la protuberancia, en el bulbo y en la médula para dar lugar á los movimientos inconscientes; pero, al fin, de la misma naturaleza que estos. Entre este grado máximo de reflexion consciente y voluntaria, y los movimientos involuntarios é inconscientes originados en la médula, existen otros movimientos que en parte están supeditados á la voluntad, y en parte escapan á la nocion cerebral que determina las contracciones musculares. Las acciones ejecutadas al *primer impulso*, pertenecen á esta clase: una impresion sensorial determina bruscamente un movimiento; pero, llegada al cerebro la nocion clara de la impresion provocadora, la voluntad se interpone, y el movimiento cesa ó se dirige en otro sentido. En medio del silencio, nos impresiona un ruido inesperado, y nuestro primer impulso es colocarnos en actitud de defendernos y de huir del peligro; un instante despues, conocemos que no hay motivo de alarma, y volvemos á la actitud sosegada. Este hecho se explica por las relaciones anatómicas directas entre los tálamos ópticos y los cuerpos estriados; la impresion sensorial, llegada al tálamo óptico, se propaga inmediatamente al cuerpo estriado—sin tiempo suficiente para impresionar la sustancia gris de los hemisferios,—y se trasforma en éxito-motora de carácter puramente reflejo; entretanto, parte de la corriente de impresion que, desde los tálamos ópticos, ha remontado hasta las células de ideacion de la sustancia gris de los hemisferios, produciendo las ideas y los juicios, ha llegado á las células grandes de la zona profunda de la capa cortical, y se ha

trasformado en estímulo de volicion consciente, el cual no tarda en propagarse al cuerpo estriado y trasformarse en éxito-motora voluntaria.

Otro fenómeno de movimiento mixto, consiste en la continuacion automática de un movimiento que ha comenzado siendo voluntario. Empezamos la progresion con conocimiento y voluntad de lo que vamos á hacer; luego andamos sin voluntad ni conciencia de lo que hacemos. En este caso ha bastado que de la capa profunda de la sustancia gris del cerebro parta, en un momento dado, un solo estímulo determinante, para que, trasformado este en impresion éxito-motora, en el cuerpo estriado, se propague á las células de los cuernos anteriores de la médula, haciéndolas entrar en accion; estas siguen gastando en este trabajo todo el influjo que tenian acumulado y funcionan hasta el cansancio, ó bien hasta que otra determinacion voluntaria pone freno al aparato locomotor automático.

Del lenguaje.—Puesto que estamos estudiando las manifestaciones voluntarias de los actos intelectuales, debemos en este lugar ocuparnos del lenguaje, ó para hablar con mas propiedad, como dice Fournié, de la *funcion-lenguaje.* Siquiera este asunto sea de grande aplicacion á los estudios frenopáticos, en obsequio á la brevedad, nos limitaremos á una exposicion sumaria.

El lenguaje en la mas lata y fisiológica significacion de esta palabra, es una funcion cerebro-motriz de relacion, que tiene por objeto trasformar las impresiones sensoriales en movimientos indicadores de las cualidades de las impresiones sentidas y de las ideas, juicios y voliciones que estas han suscitado. El resultado del lenguaje es, pues, la creacion de movimientos equivalentes, por su representacion, natural ó convencional, á las modificaciones psicológicas que experimentamos. El lenguaje revela las funciones mas íntimas del cerebro y traduce las modificaciones del espíritu, satisfaciendo así una de las necesidades de relacion que mas apremiantemente siente el hombre.

Son cosas muy distintas la funcion cerebro-motriz que provoca la *funcion-lenguaje* y la de los órganos periféricos que ejecutan los movimientos expresivos. Para nosotros, bastará estudiar el mecanismo de la funcion cerebro-motriz. En esta, debemos distinguir el excitante, la materia y el movimiento funcional. El *excitante funcional* del lenguaje, como en todas las funciones cerebro-motrices, no es ni puede ser otro que una sensacion, de órden físico, moral ó intelectual, presente ó de recuerdo. Mas, hay un órden de sensaciones destinadas especialmente á la exci-

tacion cerebro-motriz del lenguaje: son las *sensaciones signos*, que, penetrando por el sentido del oido—las palabras—ó por el de la vista y aun á veces por el tacto—los escritos y los signos mímicos ó convencionales—hacen revivir en la mente las ideas que, natural ó artificialmente, están asociadas á tales impresiones. La voz *perro*, para el que conoce el idioma español, vale tanto como un dibujo representativo de este animal, porque nos hemos acostumbrado á asociar esta palabra á la idea del mencionado cuadrúpedo; para un francés, *perro* no significa mas que un sonido bastante áspero, que tal vez trae á la memoria la idea de *pierre*, piedra; para el francés la *sensacion-signo* correspondiente á la idea de *perro*, será el sonido *chien*. Así, pues, el mecanismo de la *sensacion-signo*, consiste en asociar una impresion, acústica, visual ó tactil, de carácter representativo, á otra impresion ó nocion diferente, de modo que la actualidad de la una suscite el recuerdo de la otra. El movimiento funcional del lenguaje, que constituye la esencia de la excitacion cerebro-motriz, tiene lugar por el mismo mecanismo que hemos expuesto respecto de los demás movimientos voluntarios; esto es, dada la nocion de nuestras posibilidades motrices, y conociendo, por experiencia, el grado y la naturaleza del esfuerzo que hemos de hacer para lograr la representacion externa de nuestro estado psicológico, la corriente de excitacion voluntaria, formada en las grandes células de la sustancia gris de los hemisferios, se dirige hácia los cuerpos estriados, para, desde aquí, trasformada en excitacion motriz, emprender el trayecto nervioso que hace al caso para llegar al resultado apetecido.

Fournié ha formulado las siguientes leyes relativas á la formacion del movimiento signo: 1.°, todo *movimiento-signo* debe ser ejecutado por nuestros órganos, con una intencion significativa; 2.°, todo *movimiento-signo* debe ser ejecutado con cierta velocidad fisiológica, y 3.°, todo *movimiento-signo*, en su ejecucion, debe ser dirigido por alguno de nuestros sentidos. La primera de estas leyes se funda en que, si de parte del que produce el movimiento no media la intencion de representar alguna idea, este movimiento no es signo y, por consiguiente, no es medio de expresion. La segunda ley, deja sentado que si no hay proporcion entre las ideas que deben ser representadas y la velocidad de los movimientos representantes, aquellas no pueden ser convenientemente expresadas: por este motivo, en la manía aguda con delirio, en que las ideas brotan en tropel, parece que estas sean incoherentes, pues el aparato de la locucion tiene poca velocidad

para representar todas las ideas que se forman en la mente sobrexcitada, y, como quedan algunas sin ser expresadas, la série que estas forman en el entendimiento del loco, resulta aparentemente interrumpida en muchos puntos: seria como la anomalía que resultaria si de esta página se entresacase una línea por otra. La tercera ley expresa la necesidad de que la inteligencia esté en conocimiento del movimiento que producimos para representar nuestras ideas, pues de lo contrario no sabríamos si hay ó no relacion entre el movimiento representativo y la idea representada. Mas, como la idea de que aquí se trata no puede llegar á nuestra mente sino por el intermedio de alguno de los sentidos, resulta clara la necesidad de que el movimiento-signo sea dirigido por alguno de estos. Para hablar, es necesario que *nos oigamos*; el que se ha vuelto sordo, pierde progresivamente la facultad de hablar en tono conveniente, precisamente porque no percibe el sonido de su voz; los ciegos no sirven para el lenguaje mímico, porque no pueden ver los signos que producen.

Solo la vista y el oido pueden proporcionar nocion de los movimientos signos; lo cual hace que no existan mas que dos clases de lenguaje propiamente dicho: el fonético y el mímico. Nosotros, sin embargo, conocemos un niño ciego, sordo y mudo, llamado Inocencio Juncar y Reyes, educado en la Escuela de ciegos y sordo-mudos de esta ciudad, dirigida por nuestro ilustrado amigo D. Francisco de A. Valls y Ronquillo, en quien la incomparable pericia del maestro ha conseguido desarrollar hasta tal punto la inteligencia, que lee cuanto se escribe en la palma de sus manos ó en su espalda y traduce sus juicios y voliciones, no solo al lenguaje dactilógico, si que tambien por medio de la escritura en relieve. Es haber sacado todo el partido posible del único sentido intelectual que posee este individuo. El Sr. Nebreda, en Madrid, tiene otro alumno parecido. Estos dos niños se encontraron un dia, y se entendieron.

La *escritura* no es propiamente un lenguaje, sino la representacion del lenguaje fónico. Las letras no representan ideas, sino sonidos, y así, cuando leemos, hablamos mentalmente, pues traducimos subjetivamente nuestras palabras. Lo mismo podemos decir de los demás mal llamados lenguajes,—el simbólico, telegráfico, etc.,—pues estas son meras representaciones de sonidos ó de actos de expresion mímica.

El lenguaje mímico debe ser dirigido por la vista; y como quiera que este sentido no podria debidamente apreciar las impresiones de imágenes que se sucediesen con excesiva rapidez,

debe ser sintético, tendiendo á representar por un solo signo mímico varios signos de la palabra, lo cual naturalmente hace que sea menos preciso que el lenguaje fónico.

Pocas cuestiones fisiológicas han sido tan debatidas como la relativa á la localizacion anatómica de la funcion-lenguaje. Reprobada la Frenología, hubo de recibir un fuerte embate la opinion de los localizadores del lenguaje al estilo de Gall y Spurzheim; pero las observaciones clínicas vinieron á infundir nuevo aliento á los fisiólogos modernos, y en 1825, Bouilland, fundándose en la Anatomía patológica, declaraba que la *afasia*, ó pérdida de la facultad del lenguaje, estaba siempre ligada á una lesion material del lóbulo anterior de uno ó de ambos hemisferios. En 1836, Dax, apoyándose en sus propias observaciones, aseguró que el órgano de la palabra era únicamente el hemisferio izquierdo. Mas preciso Broca, en 1861, colocó el órgano de la elocucion en la tercera circunvolucion frontal izquierda, reconociendo empero mas tarde que la circunvolucion homónima del otro hemisferio, podia, en determinadas circunstancias, desempeñar funciones análogas, ó de compensacion.

Hé aquí, en resúmen, los hechos y las consideraciones en que Broca funda su doctrina: 1.° A la objecion de que, por su doctrina resulta destruido el principio de la simetría cerebral, opone cuarenta observaciones, en otros tantos cerebros, de las cuales resulta que en todos ellos el lóbulo frontal izquierdo tenía mayor número de circunvoluciones y mayor peso que el derecho; aserto que ha sido combatido por Boep, quien, en ochocientos cerebros, ha visto el hemisferio derecho mayor que el izquierdo. 2.° Segun Gratiollet, las circunvoluciones frontales del hemisferio izquierdo, aparecen y se desarrollan antes que las del derecho; por esta razon solemos emplear la mano derecha de preferencia á la izquierda—recuérdese el entrecruzamiento de las fibras motoras—hábito que contraemos desde la infancia, porque el hemisferio izquierdo, que debe presidir á los movimientos de la mano derecha, está en esta época de la vida mas desenvuelto que el opuesto. Por igual motivo, el niño, cuando comienza á hablar, se sirve del hemisferio izquierdo y así continúa haciéndolo toda la vida; de modo que, en tal concepto, se puede decir que somos *zurdos del cerebro*. El hemisferio derecho, con el desarrollo material, adquiere mas tarde las mismas aptitudes que el izquierdo, aptitudes de cuya aplicacion se necesita para los movimientos de locomocion, que requieren gran potencia, pero que no hacen falta para la locucion, pues para esta bas-

ta un pequeño gasto de fuerza. Mas, si, congénita ó accidentalmente, el lóbulo frontal izquierdo no se desarrolla ó se inutiliza para la elocucion, desarróllase la potencia virtual del derecho hasta un grado conveniente, para reemplazar dignamente á su congénere. 3.° El cerebro del gorila, el del orangutan y el del chimpanzé, no difieren á primera vista del cerebro humano; pero, examinados con mayor detenimiento, se nota que la tercera circunvolucion del lóbulo frontal, que en el hombre es tan grande que ocupa en gran parte el lóbulo de la *ínsula*, está como atrofiada en los referidos monos antropoídeos, los cuales, por esta razon, carecen de la facultad de hablar. 4.° Las mismas disposiciones anatómicas se encuentran en los microcéfalos que no hablan y en ciertos pueblos que apenas conocen lenguaje, en quienes la costumbre de comprimir fuertemente el cráneo desde la infancia, es causa del defecto de desarrollo de que tratamos. 5.° Segun Broadbent, la tercera circunvolucion frontal, especialmente del lado izquierdo, recibe fibras de gran número de circunvoluciones, de modo que parece estar en relacion con todos los puntos de la parte intelectual del cerebro. Y 6.° Broca vió, en el hospital de San Luis, un hombre que, á consecuencia de un pistoletazo, tenia una herida en la cabeza, con desprendimiento del frontal, de manera que los dos lóbulos anteriores se presentaban al descubierto. La inteligencia estaba intacta y se expresaba perfectamente; mas, si, cuando hablaba, se le comprimia el lóbulo frontal izquierdo, cesaba inmediatamente la palabra, y no volvia á recobrar la facultad de hablar hasta que no se ejercia la compresion.

No queremos, ni podemos entrar en la apreciacion de estos hechos, ni en la discusion de estas apreciaciones; baste decir que hoy dia la mayor parte de los fisiólogos se hallan afiliados á las opiniones de Bouillaud, ampliada y defendida por Broca.

Para dar á comprender el mecanismo de la palabra hablada y lenguaje escrito, no encontramos medio mas expedito que la figura esquemática que tomamos de la obra de Poincaré: *a*—figura 12—es la curva que representa el límite del hemisferio cerebral; *b* la curva del tálamo óptico, *c* la del cuerpo estriado, *d* la del bulbo y *e* la de la médula; *f* es un ojo y *g* el laberinto. Veamos el mecanismo del lenguaje hablado: el sonido-palabra va desde el laberinto, *g*, á una de las células del núcleo acústico del tálamo óptico, *h*, en donde produce una sensacion; la conmocion de esta célula, por medio de la fibra cortico-óptica, *i*, se propaga hácia las de la sustancia cortical de los hemisferios, *j*,

en donde provoca una idea; inmediatamente despues, la impresion es reflejada y, por la fibra cortico-estriada *k*, va á la célula del cuerpo estriado *l*, convirtiéndose en una excitacion motriz, la cual luego, por los pedúnculos cerebrales, desciende á una de las células motoras del bulbo, *m*, para continuar su camino por el nervio hipogloso, *n*, hasta los músculos de la lengua *o*. Para

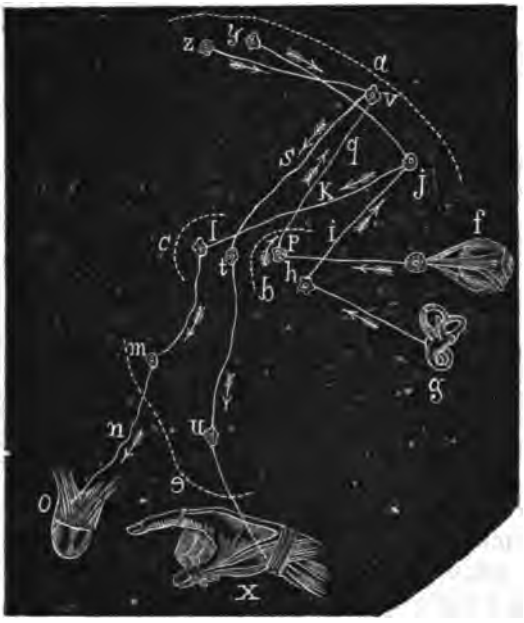


Figura 12.

entender el mecanismo del lenguaje escrito—significacion vulgar—figurémonos una impresion óptica que, penetrando por *f*, se dirige, por el nervio óptico, á las células, *p*, del núcleo óptico del tálamo correspondiente, provocando una sensacion visual; esta modificacion, por la fibra cortico-óptico *q*, pasa á la célula *r*, de la capa cortical del hemisferio cerebral, en donde determina una idea; refléjase aquí y, por la fibra cortico-estriada *s*, baja hácia la célula, *t*, del cuerpo estriado, en donde se convierte en una excitacion motriz, que luego pasa á la célula de la médula *u*, para marchar, por el nervio motor *v*, hácia los músculos de la mano, *x*.

Si del punto *y*, correspondiente á una célula cortical—en donde supondremos una *sensacion-signo*, de carácter acústico,

en estado de recuerdo—parte una excitacion hácia la célula intectual *j*, ó del punto *z*, en donde existe una *sensacion-signo* de carácter óptico, tambien en estado de recuerdo, parte una excitacion semejante, en direccion á la célula intelectual *r*, reflejándose estas conmociones por las fibras cortico-estriadas correspondientes, tendremos la produccion del lenguaje, hablado ó escrito, por una incitacion cerebral directa y, por consiguiente, de marcha centrífuga. Tal es lo que acontece cuando hablamos ó escribimos sobre las ideas que tenemos en recuerdo.

Visto y analizado este esquema, es fácil comprender que la pérdida de la facultad del lenguaje, que constituye la *afasia*, puede depender: 1.°, de la destruccion de las células que forman y retienen las ideas; 2.°, de una lesion del aparato éxito-motor que trasforma el estímulo de la volicion en excitacion de movimiento, aparato que, á ser exactas las ideas de Broca, seria la tercera circunvolucion del lóbulo frontal del lado izquierdo; y 3.°, de alteraciones, orgánicas ó dinámicas, de las fibras conductoras de la impresion éxito-motriz, ó sea del sistema convergente inferior. En el primer caso, la afasia depende de la pérdida de la memoria—amnesia—ó de la demencia; en el segundo, es esencial ó idiopática, mereciendo entonces el nombre de *afasia verdadera*, y en el tercero, la afasia depende de la parálisis. En otros términos: el demente no habla porque no tiene ideas; el afásico propiamente dicho no acierta á producir la accion cerebro-motriz que ha de determinar el movimiento-signo de sus actos psíquicos: hállase en el caso del niño que aun no ha aprendido á hablar; el afectado de parálisis tiene ideas, conoce el nombre de las cosas, engendra la acccion cerebro-motriz que debe dar lugar al movimiento-signo, pero la corriente éxito-motora se halla interrumpida y no puede llegar al músculo para dar lugar al movimiento representativo.

Mecanismo de las funciones afectivas.—La sensibilidad y la inteligencia no tendrian objeto útil, si, como resultado de sus percepciones, no suscitasen sentimientos de atraccion, para lo que estimamos que nos conviene, ó de repulsion, para lo que consideramos dañino. El conjunto de estos sentimientos constituye la *afectividad*, y los actos por los cuales aquellos impulsos se revelan, forman las *manifestaciones pasionales*.

Las operaciones psíquicas de la afectividad, son muy distintas de las intelectuales; pero están íntimamente ligadas á estas, pues para amar ó aborrecer alguna persona ó cosa, es preciso conocerla.

Bien que la Fisiología experimental nos proporcione escasas luces relativamente al mecanismo de las facultades afectivas, la experiencia clínica, fundada en la sintomatología y en la Anatomía patológica, da pié para afirmar, sin temor de equivocarnos, que el asiento orgánico de estas funciones es el cerebro. En efecto, casi todas las enfermedades en que hay trastorno cerebral, se manifiestan por estados morbosos de la sensibilidad moral. Es tambien digno de notarse que, en la infancia, á proporcion que el desarrollo cerebral se anuncia por el desenvolvimiento de la inteligencia, se despliega en igual medida el sentido moral. De igual manera vemos que, en la senectud, tanto como mengua el poderío de la inteligencia, se entibia el ardor de las pasiones y de los sentimientos.

Pero, las funciones fisiológicas de que tratamos no circunscriben su esfera de accion al encéfalo, sino que, por el intermedio del gran simpático, retumban de un modo tan marcado en nuestras vísceras, que puede asegurarse que no hay entraña que no pueda resentir el influjo de una pasion.

Nótese que todas las funciones psicológicas que hasta aquí hemos estudiado encuentran su manifestacion exterior en los movimientos, cumpliéndose así la ley fisiológica de la circulacion de la fuerza, paralela á la de la circulacion de la materia. La sensibilidad y la inteligencia tienen su expansion natural en los movimientos-signos, que constituyen el lenguaje; las facultades afectivas se resuelven en movimientos viscerales convertidos desde luego en cerebrales conscientes.

El simultáneo concurso de la inteligencia y la sensibilidad moral, establece, en las condiciones hígidas, una regularidad de funcion que resulta de una proporcion bien entendida entre las facultades intelectuales y las afectivas. En el estado de alienacion mental, esas dos órdenes de funciones se disocian; la inteligencia, normalmente dominadora y dueña de las pasiones, sufre el yugo de estas, de tal manera que el loco piensa siempre á tenor de las emociones que le dominan. Luys lo ha dicho, con admirable exactitud: «el alienado no es solo un sér especial que ha roto con el mundo de la *sana razon* y, al par que con este, con el sentido comun; sino que al propio ha perdido el *sentido moral* y ha abandonado los vínculos que le unian á los que anteriormente amaba.... Para seguir paso á paso los progresos de la decadencia del sentido moral, á medida que desciende el nivel de la razon, es necesario observar estas condiciones morbosas del sér humano, fijándose en estas perturbaciones psicológicas, puestas de re-

lieve por el estado patológico.» La depravacion que parece congénita en ciertos individuos, probablemente reconoce su orígen en una anestesia moral de la misma masa encefálica.

Claudio Bernard, con la sagacidad de observacion que le distingue, ha dado interpretacion fisiológica á muchas dicciones del lenguaje vulgar que, generalmente se cree son de sentido metafórico, pero que, sin embargo, expresan fenómenos orgánicos reales y positivos, que resultan de la irradiacion del influjo de los movimientos afectivos iniciados en el cerebro, á los distintos aparatos esplánicos. El corazon presta mucho campo para estas expresiones: así cuando se dice que *la pena desgarra el corazon*, expresamos el hecho de que, bajo la accion de ciertos sentimientos, el órgano cardiaco detiene súbitamente sus contracciones, sobreviene un síncope y se siente un vivo dolor local, comparable á la sensacion que produce la dislaceracion de los tejidos vivos. El hombre que se distingue por sus acciones nobles y generosas, decimos que tiene un *gran corazon*; porque, en efecto, bajo el influjo de los sentimientos expansivos, el corazon se ensancha y late con mas vigor y amplitud. Cuando recibimos una impresion agradable, decimos que el *corazon palpita de alegría*, porque, real y efectivamente, en semejantes circunstancias, esta entraña late con mayor frecuencia é intensidad. Los enamorados sienten la *llama del amor*, que es efectivamente una sensacion de ardor que se difunde por la region precordial y que se aviva por la vista de la persona amada. Dícese que *dos corazones laten al unison*, cuando entre dos personas hay igualdad de sentimientos, pues, en realidad, el grado de estímulo moral de la contraccion cardiaca, se conceptúa debe ser igual en ambos organismos, ya que hay analogía de afecciones.

Aparte de la influencia que desde el cerebro se extiende á las vísceras, por el gran simpático, existe otra en sentido inverso, que modifica singularmente la afectividad. Si los estados patológicos trascienden á la moral ocasionando la tristeza, la melancolía ó el estupor; si durante la preñez se declaran caprichosos deseos, y si en los períodos menstruales se observan notables cambios en los sentimientos de la mujer, es por la irradiacion de la modificacion patológica de las vísceras al centro psicológico.

A esto se reducen nuestros conocimientos en punto al mecanismo de las facultades afectivas; en lo demás, está tan atrasada la ciencia, que no sabemos, si en medio de las redes de la sustancia cortical de los hemisferios existe alguna zona especial

destinada á recibir las impresiones que suscitan los sentimientos ó pasiones, ó si estos elementos anatómicos forman algun núcleo aparte y con estructura especial en el encéfalo, ó bien si están diseminadas entre las otras; ignoramos asimismo la manera cómo son impresionadas por ciertas modalidades dinámicas; las conexiones que las regiones pasionales tienen con las zonas de la sustancia cortical de donde parten las determinaciones para el movimiento, y no sabemos, en fin, y esto es lo mas lamentable, si estas incitaciones son de carácter voluntario ó bien reflejas é inconscientes

Mecanismo de las facultades instintivas.—El hombre, aunque en mas reducida escala que los otros animales, se halla sometido al poder de los instintos. Estos son tendencias innatas, frecuentemente irresistibles, á ejecutar ciertos actos mas ó menos complicados. Con el poder de la inteligencia, ejercemos un dominio casi completo sobre los instintos. Los demás animales, sin estar privados de facultades intelectuales, están dominados por los instintos, por lo mismo que su inteligencia tiene menos poderío. Un espíritu de perfectibilidad y de progreso distingue esencialmente las obras del instinto, de las de la inteligencia: las habitaciones del castor, las telas de las arañas, los nidos de los pájaros y los panales de las abejas, son productos del instinto. Tambien el hombre construye habitaciones; pero ¿quién no ve el inmenso progreso que ha realizado, pasando desde la choza pastoril de los primitivos tiempos, al suntuoso palacio de los nuestros? Tambien el hombre fabrica telas; pero, al paso que las de las arañas actuales son idénticas á las que tejian las de la mas remota antigüedad, nuestras artes textiles nos ofrecen cada dia productos mas acabados y bellos. Bien se puede decir, pues, que la perfectibilidad y el progreso son condiciones encarnadas en la personalidad humana; justo es, por lo tanto, que el hombre encuentre en el medio social en que vive la conveniente libertad para explayar estas sublimes facultades con que el Creador ha querido distinguirle de los brutos.

«Los instintos, dice Poincaré, son una especie de locomocion debida á instrumentos nerviosos especiales, en los que todas las piezas están dispuestas de manera que siempre se mueven en el mismo sentido, con perfecta economía y con notable regularidad; instrumentos que, para entrar en funcion, necesitan, no obstante, recibir cierta impulsion conveniente que aprieta el resorte particular. Este estimulante necesario es, sin embargo, de la misma naturaleza que el que engendra nuestras ideas.

Todo, en nuestras operaciones psíquicas, tiene su primer orígen en un fenómeno de sensibilidad. El acto instintivo, lo mismo que el acto intelectual, comienza por una impresion procedente del mundo exterior ó del fondo de nuestras vísceras. Pero, así como la inteligencia encuentra principalmente su elemento sensorial en las sensaciones externas, se puede decir que el instinto saca mas frecuentemente el suyo de las impresiones internas y viscerales.»

El hambre, la sed y los estímulos de la generacion gobiernan la vida del animal y entran por una gran parte en la direccion de la existencia del hombre; pero, es ley de nuestra naturaleza psicológica, que la inteligencia ponga á raya el grito de los instintos. Si un dia se vuelven estos excesivamente imperiosos, descendiendo al propio tiempo el nivel de las facultades intelectuales, tendremos una de las formas de la alienacion mental que constituyen la *locura instintiva* ó el *idiotismo*.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA ALIENACION MENTAL.

A los que dudan de los progresos que las investigaciones necrópsicas han realizado en la patología de los centros nerviosos, les diremos que hoy dia, gracias á recientes trabajos, la ciencia se halla en posesion de una ley anatomo-patológica, que, si por un lado confirma los nuevos descubrimientos de la Anatomía y Fisiología normales, por otra, es una guia de no escasa importancia semiótica. Esta ley, que podríamos llamar de *solidaridad mórbosa de los elementos que constituyen los múltiples aparatos nerviosos, agrupados en los centros de este nombre*, se puede expresar en los siguientes términos: dada una lesion anatómica en la extremidad de uno de los mencionados aparatos, el proceso morboso se extenderá por la continuidad de este, hasta reflejarse, como lesion secundaria, en la otra extremidad del mismo, dejando intactos los aparatos contiguos.

Para comprender la importancia de esta ley, es preciso no perder de vista que los centros nerviosos están formados por la agrupacion, en una masa comun, de gran número de sistemas ó aparatos independientes, cuyas piezas de excitacion, de comunicacion y de recepcion, están mútuamente enlazadas: así, las células superficiales de la sustancia cortical de los hemisferios, por medio de las fibras cortico-ópticas del sistema convergente superior, se armonizan, constituyendo aparatos funcionales, con las células de los tálamos ópticos; así como las profun-

das de la capa cortical de los hemisferios, presentan relaciones de la misma índole con las células de los cuerpos estriados. Sábese asímismo que los pedúnculos cerebelosos superiores establecen un sistema comunicante entre las células del lóbulo cerebeloso de un lado y las del cuerpo estriado del opuesto; que, del propio modo, los pedúnculos cerebelosos medios, enlazan las células del lóbulo cerebeloso derecho con las de la mitad izquierda de la protuberancia, y que la oliva cerebelosa del un lado se pone en comunicacion con la oliva bulbar del opuesto, por medio de los pedúnculos cerebelosos inferiores. Conócense tambien las conexiones de las raíces posteriores de los nervios raquídeos, resultando que estos terminan en las células de los cuernos posteriores, de donde se originan las fibras comisurantes longitudinales, cuyo conjunto constituye los cordones posteriores. La Fisiología comprueba experimentalmente el resultado de las investigaciones anatómicas. La Anatomía patológica, corroborando en su totalidad estas modernas adquisiciones, demuestra que: si, por ejemplo, una atrofia se inicia en las células corticales de los hemisferios, el proceso morboso se extenderá, por las fibras cortico-ópticas, á las células de los tálamos ópticos, quedando ilesos los cuerpos estriados, y, al contrario, si la atrofia comienza en el lóbulo cerebeloso derecho, el trabajo patológico se propagará al cuerpo estriado de la parte opuesta. De esta manera, desde el momento en que hemos llegado á diagnosticar el punto en donde aparece el proceso primitivo, estamos en camino de predecir el sitio que ocupará el proceso morboso secundario, y, como esta nocion entraña las de las alteraciones funcionales correspondientes, claro está que, por esta via, nos hallamos en posesion de datos de verdadera importancia clínica, pues de ella resulta la fisiología patológica de los centros nerviosos. Por desgracia, senda tan fecunda dista mucho de estar del todo desbrozada y se requiere el paciente concurso de todos los hombres de estudio para llegar á mayores adelantamientos. Confiemos y esperemos.

Para estudiar con provecho la Anatomía patológica especial de las enfermedades mentales, conviene antes tener una idea de la Anatomía patológica general de los centros nerviosos.

CAPÍTULO IX.

ANATOMÍA PATOLÓGICA GENERAL DE LOS CENTROS NERVIOSOS.

En este artículo trataremos: 1.°, de las alteraciones morbosas propias de los elementos anatómicos de los centros nerviosos, esto es, de los tubos y de las células nerviosas; 2.°, de las lesiones correspondientes á los vasos que se distribuyen por la sustancia nerviosa; y 3.°, de las que afectan primitiva ó secundariamente á la neuroglia, ó tejido conjuntivo de los centros nerviosos.

Lesiones de los tubos nerviosos.—Las alteraciones nutritivas de los tubos nerviosos, comienzan por una disminucion de la proporcion de sustancia blanca, adquiriendo un aspecto que les aproxima á las fibras grises medulares, pues su contenido deja de ser homogéneo y trasparente, para presentarse granuloso y fragmentado. En este período es aun visible el *cilinder àxis.* Adelantando el proceso flogístico, se declara la degeneracion grasienta: las granulaciones se vuelven amarillentas y se borra el *cilinder àxis.* En semejante estado, el tejido nervioso aparece á simple vista bajo el aspecto de cordones grises ó amarillentos, recíprocamente aplastados, sin cambio de consistencia, ni alteracion de forma de la region que constituyen, aunque sí con disminucion de volúmen ó atrofia de la misma. En el último término de esta alteracion necrobiótica, los tubos nerviosos pierden su individualidad, pegándose unos á otros, reabsorbiéndose sus paredes y confundiéndose en una masa comun, formada de hacecillos de estructura fibrilar poco manifiesta. Entonces, á simple vista, los tubos nerviosos aparecen, unas veces formados de un tejido blanquecino muy infiltrado de serosidad, y otras bajo el aspecto de un tejido duro y elástico, de tinte ambarino mas ó menos pronunciado.

Lesiones de las células nerviosas.—Dos trabajos regresivos

pueden presentar las células nerviosas: la *degeneracion grasienta*, seguida de su trasformacion en pigmento, y la *momificacion*. Al iniciarse cualquiera de estos trabajos, no se nota otro cambio aparente en la sustancia gris que una coloracion blanquizca ó amarillenta, dispuesta en chapas, zonas ó cintas mas ó menos extensas. La *degeneracion grasienta* se inicia por la coagulacion del contenido celular; adquiriendo este un aspecto granuloso, ofusca el núcleo; la célula se coarruga y se deforma, desapareciendo sus prolongaciones. Despues, en el lugar de la célula no se ve mas que una masa granulosa amarillenta, que, no obstante, aun conserva vestigios de membrana celular y de núcleo, vestigios que no tardan en desaparecer, diseminándose entonces los elementos granulosos que se hallaban agrupados. En la *momificacion*, el contenido celular y los núcleos se coagulan y las células se retraen sobre sí mismas, adquiriendo un color amarillento y aspecto vítreo particular; estado que constituye la atrofia.

Lesiones dependientes de los vasos sanguíneos.—Las alteraciones patológicas de la circulacion sanguínea de los centros nerviosos, se refieren á la *congestion y al derrame, hemorragia ó apoplegía.*

Congestion.—El carácter comun de todos los estados hiperémicos de la sustancia encefálica, consiste en la ingurjitacion de los vasos. Los capilares, por lo mismo que se hallan dilatados por la sangre, parecen mas numerosos que en el estado normal y presentan varicosidades y sinuosidades, que resaltan perfectamente entre los elementos nerviosos. Detenidos y aglomerados en los vasos, los corpúsculos sanguíneos se aglutinan y forman masas decoloradas, en las que es difícil reconocer los caractéres del líquido hemático, cuyos elementos se insinúan por las paredes de los vasos, bajo el aspecto de granulaciones mas ó menos oscuras, amorfas ó cristalinas. Por poco que continúe el éxtasis sanguíneo en los vasos capilares, tiene lugar una trasudacion de los materiales mas ténues de la sangre, esto es, en un principio, suero, despues, serosidad teñida por las materias hemáticas y, por último, exudados fibrino-albuminosos. De todo esto se originan alteraciones secundarias en la misma sustancia nerviosa, la cual, á la larga, se infiltra, pierde su consistencia y la aptitud para las funciones que le competen. Este proceso morboso se encuentra mas exagerado en la sustancia gris que en la blanca, á causa de que aquella tiene menor consistencia y, por tanto, sus elementos se desmoronan fácilmente. De ahí que, en otras circunstancias, la sustancia gris ofrezca una coloracion

sanguínea, cuya intensidad varía desde el rosa vivo hasta el violado, mientras que en la blanca solo se observa infiltracion serosa.

Cuando la hiperemia es pasiva, la sustancia cerebral se halla en un estado de fluxion permanente, á causa de que las vias vasculares, dilatadas, carecen de tono para empujar la sangre en sentido de la circulacion; los elementos de este humor son asimilados por los mismos capilares y dan lugar á neoplasias, que aumentan el grosor de sus túnicas, de donde que, en semejante caso, estos vasos resistan mucho á la traccion. Este proceso de la hiperemia crónica, que á simple vista se caracteriza por una vasta superficie congestionada, formando redes de mallas muy angostas, de color rojo violado, constituye la transicion entre la congestion activa y la inflamacion; difiere de aquella por la marcada propension á determinar exudado, y de la última por la falta del eretismo primordial y de supuracion.

Hemorragia.—Desde el punto en que las paredes vasculares han perdido su resistencia normal, bien por efecto de repetidas distensiones causadas por estados congestivos, bien á consecuencia de un proceso regresivo que las ha vuelto mas friables, puede suceder que, al empuje de la oleada sanguínea, se rompan y tenga lugar un derrame de sangre en el seno del tejido nervioso. Cuanto mas blando el territorio por donde los vasos se distribuyen, tanto mas fácil será en él la hemorragia; de ahí que la sustancia gris de los hemisferios, en su capa mas superficial, y los cuerpos estriados sean los sitios en donde mas comunmente se observa esta lesion, que, en cambio, es relativamente rara en los tálamos ópticos. Si la ruptura tiene lugar en un vaso de grueso calibre, el foco hemorrágico será muy voluminoso y tendremos una coleccion sanguínea extra-vascular, de tamaño variable entre el de una avellana y el de una castaña; si, al contrario, la solucion de continuidad se efectúa en los capilares, la extravasacion se presentará bajo el aspecto de numerosas gotitas ó puntitos diseminados en una region mas ó menos extensa.

En ambos casos, en el foco hemorrágico ocurren diferentes trasformaciones, muy dignas de estudio. Es notable que la sangre extravasada en la sustancia nerviosa, no se coagula formando capas estratificadas, como sucede en los aneurismas; sino que, conservando su fluidez, adquiere desde luego un tinte vinoso particular, que cada dia va rebajando de intensidad, pasando al rojo de ladrillo, al rojo amarillento y al color de marron. Los glóbulos de la sangre extravasada, á proporcion que se re-

absorbe el derrame, pierden sustancia colorante y se coarrugan, hasta quedar reducidos á pequeñas masas de color ambarino. Los elementos coagulables de la sangre derramada, á saber, la albúmina y la fibrina, van tambien reabsorbiéndose, y así llega un punto en que en el foco no se ven mas que las granulaciones amarillentas y cristales de hematoidina. Mientras se operan estas modificaciones, que dan por resultado la reabsorcion del contenido, las paredes nerviosas del foco apoplético experimentan varios cambios que tienden á restablecer el estado fisiológico; así, las fibras que en el momento del derrame habian sido solo dislocadas, mas no destruidas, vuelven á su posicion primitiva y adquieren nuevamente sus aptitudes funcionales; de donde resulta la retraccion de las paredes del foco, del cual, en último término, no queda otro vestigio que una cavidad de paredes tomentosas ó de aspecto areolar, cuyas mallas contienen un humor seroso.

En las paredes de los vasos por donde se verifica de la hemorragia, se observa muy comunmente una infiltracion de granulaciones grasientas, á veces con cristales de hematoidina, efecto, sin duda, de la propagacion de la degeneracion ateromatosa que ha comenzado por las arterias cerebrales de mayor calibre.

Como fenómenos consecutivos á la hiperemia y á la hemorragia, debemos estudiar los *exudados*, el *reblandecimiento* y la *induracion* de la sustancia nerviosa, que afectan particularmente á la neuroglia.

Exudados.—En la sustancia nerviosa pueden encontrarse exudados purulentos, tuberculosos y sifilíticos. El proceso que preside al *exudado purulento* no difiere de la supuracion en los demás tejidos. Cuando el pus se deposita en pequeños focos inmediatos, no tardan en desaparecer las paredes limitantes y en reunirse en una coleccion comun, desde donde, por infiltracion, el humor suele extenderse á los elementos ambientes. En las colecciones purulentas se encuentran materias fibro-albuminosas, mezcladas con grande cantidad de glóbulos sanguíneos no alterados, procedentes de la hiperemia de las partes vecinas y materias grasas, derivadas de la sustancia medular de los tubos nerviosos destruidas por el trabajo morboso. Raras veces se ven glóbulos de pus análogos á los que se observan en otras partes del organismo: las condiciones especiales del territorio, hacen que, á medida que estos exudan de los capilares, se reunan en masas granulosas y esferoidales, de volúmen variable, libres

unas en medio del líquido, y adherentes otras á las paredes de los vasos ó á las mismas fibras. Estos cuerpos son granulaciones adiposas, reunidas por una pequeña membrana quística, que al fin se rompe ó es reabsorbida, fraccionándose el contenido en granulaciones moleculares independientes.

El *exudado tuberculoso* se inicia en las mismas paredes de los vasos y resulta de un estado de turgescencia de estos. Las masas tuberculosas, segun sean mas ó menos grandes, se presentan bajo el aspecto de manchas nebulosas, ó como cuerpos abultados, cuyo volúmen puede llegar al de una castaña ó de un huevo de gallina. Estas masas son mas densas en la periferia que en el centro, que es por donde se inicia su reblandecimiento, ó trasformacion caseosa.

Los *exudados sifilíticos* tienen muchas analogías con los tuberculosos; pero anatómicamente se distinguen de estos por formar masas ovóideas, estratificadas, cuyo núcleo consta de elementos en estado de regresion, al paso que en su parte cortical, se encuentran núcleos, células y fibras en buen estado de organizacion y dotados de bastante vitalidad. Esta mayor vitalidad de las neoplasias sifilíticas respecto de las tuberculosas, se refleja en la periferia del exudado, pues al paso que en estas no hay manifestaciones de reaccion, en aquellas se nota una fuerte hiperemia, vestigio del estado flogístico vivo que se presentó desde su aparicion.

Reblandecimiento.—En el estado actual de la ciencia, no es posible considerar al reblandecimiento de la sustancia nerviosa como un proceso morboso definido, sino que antes bien debe mirarse como resultado de la necrobiosis de los elementos de aquella, al cual se llega por diferentes lesiones primitivas, esencialmente distintas, tales como hiperemias con exhalacion serosa, derrames apoplécticos, obstrucciones ó embolias vasculares, inflamaciones, degeneraciones de diferentes formas, y afectos traumáticos. En tal concepto, el reblandecimiento del tejido nervioso no corresponde á una determinada evolucion sintomatológica, sino que es meramente un hecho secundario de otras alteraciones orgánicas.

La condicion patogenética que mas frecuentemente conduce al reblandecimiento de la sustancia nerviosa, consiste en las alteraciones de la circulacion. Cuando existe una hiperemia activa ó mecánica dependiente de un coágulo autóctono que destruye los vasos, verifícase una exhalacion de serosidad, que, infiltrándose en el tejido nervioso, disgrega y reblandece sus elementos.

Entonces los vasos encuentran, en el territorio por donde se distribuyen, débil apoyo para resistir al empuje de la circulacion y ocurre frecuentemente la hemorragia. La sangre derramada en el seno del tejido nervioso, experimenta las modificaciones que hemos descrito y sus elementos se mezclan con los del tejido reblandecido; de donde los diferentes tintes, que varian desde el rojo, al amarillo pálido y difuso, y que dependen de los estados en que se encuentra la hematoidina.

Así como el reblandecimiento prepara la hemorragia, en otros casos, esta es la condicion patogenética de aquel. La sangre derramada en la sustancia cerebral, disgrega los elementos de esta, causa la infiltracion de la parte serosa de aquella, ó bien determina una exudacion purulenta, que obra en el mismo sentido.

Creemos excusado extendernos acerca del mecanismo del reblandecimiento debido á embolias en vasos que se ramifican por la sustancia nerviosa, pues las mortificaciones, exudaciones é infiltraciones y demás alteraciones resultantes de estos obstáculos en la circulacion de la localidad, no difieren esencialmente de los que se observan en otras partes del cuerpo, por la misma causa.

Induracion ó esclerosis.—Cuanto hemos dicho respecto de la indeterminacion del proceso morboso del reblandecimiento, es aplicable á la induracion ó esclerosis del tejido nervioso, pues este es el resultado necrobiótico de otras alteraciones precedentes.

La esclerosis afecta casi constantemente á la sustancia blanca y puede presentarse bajo el aspecto de chapas difusas ó de núcleos aislados. En el primer caso, el tejido nervioso tiene mayor consistencia, lo cual hace que el corte presente una seccion limpia y que al tacto dé una impresion como si fuera una lámina de caoutchouc. No es posible separar las fibras que constituyen la sustancia blanca, pues hállanse confundidas en medio del tejido conjuntivo, que tiene un desarrollo exuberante. En semejantes circunstancias, frecuentes en la parálisis general de los alienados, la induracion suele ser resultado de un estado hiperémico precedente, que ha producido una abundante exudacion de materiales plásticos, que son los que aglutinan y confunden los elementos de la sustancia nerviosa. En otros casos ocurre una proliferacion exuberante del tejido conjuntivo, frecuentemente acompañada de la formacion de corpúsculos amilóideos, que se presenta bajo el aspecto de *tractus* ó líneas ramificadas que, apretando las redes nerviosas y los vasos, dan lugar á que en las partes inmediatas se reunan las condiciones de con-

gestion, que preparan el reblandecimiento en una misma region. La esclerosis formando núcleos, que se manifiesta en las regiones sub-meníngeas correspondientes á la continuacion de los hacecillos de la médula en el encéfalo y aun algunas veces en la sustancia gris del cerebelo, aparece formando islotes de color gris, duros y adherentes á la pia-madre, de manera que el dedo percibe su relieve á través de esta membrana. Tiene pocos vasos, pero suelen estar muy hiperemiadas las regiones vecinas.

CAPÍTULO X.

ANATOMÍA PATOLÓGICA ESPECIAL DEL CEREBRO.

Hoy dia—tanto es lo que se ha abusado de las sutilezas anatómicas—no debe parecer extraña la pregunta de si es ó no *posible* la congestion cerebral. Se ha dicho: puesto que las arterias y las venas del cerebro difieren, en sus mútuas relaciones, de las que tienen en las demás partes del cuerpo, por la circunstancia de que no se hallan dispuestas en direcciones paralelas, sino que las primeras se continúan en línea recta con las últimas; atendiendo á que las aponeurosis del cuello mantienen siempre abiertas las venas yugulares; habida razon á que la circunstancia de no ser compresibles los senos de la dura-madre, favorece la accion impulsiva dependiente de los movimientos de inspiracion, y en fin, teniendo en cuenta que la masa encefálica se amolda exactamente á los relieves y anfractuosidades del cráneo, llenando exactamente la cavidad, la congestion ó hiperemia es de todo punto imposible en la sustancia cerebral.

No negaremos que las antedichas disposiciones anatómicas sean altamente favorables para alejar de la sustancia cerebral la propension á los estados congestivos, que en otro caso tendria, á causa de su blandura y á su copiosa vascularizacion; pero, de esto á negar la posibilidad de la congestion, hay un gran paso. La hiperemia cerebral es un hecho anatomo-patológico demostrado con evidencia y repeticion, y aun cuando esto solo bastaria para que debiésemos admitir su *posibilidad*, añadiremos: 1.°, que el líquido sub-aragnóideo, susceptible de movimientos de flujo y reflujo desde la cavidad craniana al conducto raquídeo, permite fácilmente concebir que la sangre, acumulándose en los vasos cerebrales, puede desalojar la serosidad de la aragnóides craneal hácia la cavidad raquídea; resultando, por lo mismo, que en el interior del cráneo no ha de faltar espacio para contener vasos excesivamente repletos de sangre; y 2.°, que distando mucho de ser incompresible la sustancia cerebral, este mismo espacio que se necesita para contener la sangre excedente, puede

obtenerse á expensas del que corresponde á la materia nerviosa accidentalmente sometida á una compresion. Así, pues, no hay razon teórica ni práctica que se oponga formalmente á admitir la hiperemia cerebral.

Defendidos los derechos anatomo-patológicos de la congestion, quedan tambien fuera de duda los de la hemorragia cerebral, cuya posibilidad es asímismo demostrable calculando anatómicamente, y de cuya *factibilidad* responden cada dia las autopsias.

En la *congestion meningea*, se nota que la pia-madre ha perdido su trasparencia, á causa de que ha aumentado el grosor de de los vasos; en el fondo de las anfractuosidades se observan vasos tortuosos en gran número y dispuestos formando mallas muy apretadas; la superficie de la sustancia cortical aparece salpicada de puntos rojos, que, por su reunion en algunos sitios, remedan el aspecto de depresiones ulcerosas; la capa intermedia presenta un tinte violáceo; en la superficie de los ventrículos se ven muchas ramificaciones vasculares; los tálamos ópticos y los cuerpos estriados tienen una inyeccion tan subida como la sustancia gris; por efecto de la excesiva plenitud de los vasos, la sustancia cerebral tiene mayor volúmen, las circunvoluciones aparecen mas proeminentes y como estranguladas en su base por la pia-madre, y una exhalacion serosa, clara ó rojiza y bastante abundante, contribuye á acrecentar la magnitud de la masa encefálica. Continuando el proceso congestivo, se llega insensiblemente á la encefalitis, esto es, á la inflamacion, con sus exudados característicos, inclusos los glóbulos purulentos.

La *anemia cerebral* constituye una lesion diametralmente opuesta á la congestion. En este estado, las circunvoluciones son menos voluminosas, y en los espacios sub-aragnóideos sobreabunda la serosidad. Si un obstáculo mecánico se forma en las arterias principales que proveen de sangre al cerebro, tendremos la *anemia general*; el propio efecto producirá una fuerte emocion ó un dolor muy vivo que exciten bruscamente la contraccion de todo el sistema arterial encefálico: entonces tendremos el fenómeno llamado apoplegía nerviosa. Cuando el obstáculo mecánico reside en las ramificaciones mas pequeñas, resulta la *anemia parcial* del cerebro, que entonces suele ser difusa, pues raras veces estas embolias capilares se limitan á un punto, sino que, por lo comun, se forman en diferentes vasos de un mismo calibre. Las regiones privadas de sangre, sufren un proceso necrobiótico que termina por el reblandecimiento. Este

es inevitable siempre y cuando la embolia se efectúa en un punto situado mas allá del eptágono arterial de Willis, pues entonces no puede verificarse una circulacion colateral supletoria que salve de la muerte al territorio correspondiente al vaso obstruido. Es tambien digno de notarse que las embolias son mucho mas frecuentes en las arterias sylvianas del lado izquierdo que en las del derecho; hecho que, como dice Poincarè, tiene su aplicacion á la fisiología patológica de la afasia y del que podemos darnos cuenta considerando que los coágulos migratorios encuentran mas fácil acceso por la carótida izquierda, que nace directamente de la aorta, que por la derecha, que se origina del tronco bráquio-cefálico.

La *embolia cerebral* puede ser debida á diferentes causas: cuando la sangre sobreabunda en materia pigmentaria, como sucede en la caquexia palúdica, las granulaciones melánicas se agrupan en los vasos de menor calibre y determinan atascamientos difusos, que á simple vista se distinguen por el tinte apizarrado de la sustancia cerebral, privando así de riego vivificador á las células nerviosas, hecho que fisiológicamente se reconoce por debilidad de la inteligencia. En otras ocasiones, en las túnicas vasculares se forman incrustaciones calcáreas, que disminuyen su calibre y producen la anemia en los territorios correspondientes. Por fin, en otros casos, el atascamiento se debe á la grasa, al pus ó á detritus gangrenosos procedentes de puntos lejanos, hecho que explicaria el delirio en la infeccion purulenta.

La *hemorragia cerebral* da lugar á la formacion de un foco sanguíneo, cuya importancia patológica varía segun se haya efectuado por simple disociacion de los elementos nerviosos, ó por ruptura de la continuidad de los mismos. Cuando los derrames hemorrágicos son de poca consideracion, formando pequeños y numerosos focos, puede no haber mas que simple separacion de fibras nerviosas. Esto es poco frecuente. En los focos mas voluminosos, hay desgarro de tejido, y entonces en la sustancia blanca fórmanse cavidades redondeadas, al paso que en la gris la sangre se difunde adaptándose á la configuracion de las circunvoluciones. En este último caso, el derrame no respeta límites: destruye las separaciones naturales del cerebro y si, por ejemplo, se encuentra junto al ventrículo lateral, penetra en esta cavidad, rompe el trigono cerebral, pasa por los agujeros de Monró y llega al ventrículo medio y aun puede extenderse al ventrículo cerebeloso, á través del acueducto de Sylvio.

La inflamacion es mucho mas frecuente en la sustancia gris que en la blanca del cerebro; pero, en cambio, en esta es donde únicamente se observa la supuracion, formando abscesos sumamente pequeños y apenas perceptibles para un ojo poco versado en estas inspecciones necroscópicas.

La *esclerosis* del cerebro es siempre difusa, coincide constantemente con la de la médula y es mucho mas frecuente en la sustancia blanca que en la gris. Un cerebro afectado de induracion ofrece, á primera vista pocas alteraciones; pero examinando el tejido con mayor detenimiento, se nota que, si la sustancia gris es la alterada, presenta un aspecto que la asemeja bastante á la sustancia blanca. En esta última, esta lesion aparece bajo la forma de núcleos, redondos ú ovales, de un volúmen que varía entre el de una lenteja y el de una almendra y de un tinte blanco hialino, que les da, en conjunto, apariencia de cartílago, bien que su consistencia no sea mayor que la de la albúmina coagulada.

Los *aneurismas* del cerebro son siempre de pequeño volúmen: raras veces pasan del de una almendra y ocupan de preferencia el lado izquierdo, hecho que se explica, por el orígen de la carótida izquierda en el cayado aórtico, que hace que la circulacion de este lado sea mas enérgica que la del opuesto.

Si las *neoplasias cancerosas* del cerebro no alcanzan á la bóveda craniana, perforándola, no sufren el reblandecimiento y aun pueden ser asiento de una reabsorcion parcial, experimentando los elementos anatómicos la metamorfósis grasienta y la atrofia, siendo destruidos los vasos é incrustándose de cal el estroma. Los *tubérculos* del cerebro forman masas aisladas y mas ó menos numerosas, que jamás se han observado en el período de granulacion, ni se han visto en estado de trasformacion caseosa. No son raros en el cerebro los depósitos de colesterina, producto resultante del del desgaste funcional y que constituyen los tumores llamados *colesteatomas*. Tambien se ven con frecuencia *tumores gomosos* dependientes de la sífilis, que jamás se presentan enquistados, sino que aparecen en la periferia cortical bajo el aspecto de masas blandas, de color gris rojizo, las cuales emiten prolongaciones á las partes profundas. Hánse visto asímismo *quistes pilosos* en el seno de la sustancia cerebral, así como *tejido condroideo* en la superficie de los ventrículos. En los irracionales, es comun el *cisticerco*; en el hombre, este parásito, así como los *equinococos*, se observan rarísimas veces.

CAPÍTULO XI.

ANATOMÍA PATOLÓGICA ESPECIAL DEL CEREBRO EN LAS ENFERMEDADES MENTALES.

No faltan ilustrados frenópatas que aun hoy dia consideran que las lesiones cerebrales son independientes de los fenómenos sintomatológicos de la alienacion mental. Otorgan al cerebro una perturbacion funcional, y no admiten que la causa eficiente del desórden psicológico sea un trastorno de la sustancia nerviosa. Apoyan su opinion en la circunstancia de que en varias enfermedades mentales las inspecciones necroscópicas no permiten descubrir vestigio alguno del trastorno orgánico cerebral y en el hecho de la diferente significacion clínica que unos mismos síntomas tienen cuando se presentan en una enfermedad cerebral comun y cuando se manifiestan como expresion de un estado frenopático. Guislain, por ejemplo, ha dicho, que el delirio furioso y la tension muscular, tan graves en la encefalitis, son signos de buen agüero en la manía; si en estos casos hay hiperemias, derrames, infiltraciones ó reblandecimientos, estas alteraciones orgánicas no son causa, sino efecto de los desórdenes funcionales que se notaron durante la vida.

Ya hemos combatido esta manera de ver, y si algo faltase para afirmar nuestras ideas, hallaríamos robusto apoyo en los interesantes estudios de Meynert y Reindfleisch sobre la anatomía patológica de las *psicosis*. No afirmaremos que las lesiones propias de las enfermedades comunes del cerebro sean idénticas á las que corresponden á los estados frenopáticos; al contrario, por lo mismo que creemos en la existencia de las últimas, y ya que admitimos que en su manifestacion dinámica tienen algo especial, sostenemos que han de ser diferentes de aquellas, no solo por su grado, sino por el sitio donde se presentan. Creemos asímismo que, por la misma razon que los síntomas frenopáticos tienen una movilidad y fugacidad que no se observa en las enfermedades vulgares del cerebro, las lesiones que sostienen á aquellas son tambien menos permanentes, no siendo, por lo mis-

mo, de admirar que la mayor parte de ellas desaparezcan en el estado cadavérico, del propio modo que se desvanece ese orgasmo vascular de la cara que constituye el *rubor*, y como cesa la hiperemia fisiológica que durante la vida preside al trabajo de los órganos glandulares.

La *hiperemia crónica* de la sustancia cortical es la lesion fundamental en todas las enfermedades mentales. En la mayoría de los casos, esta hiperemia tiene las mayores analogías con el aflujo ú orgasmo funcional del cerebro; así que, como en este, la congestion reside en los capilares mas próximos á los elementos nerviosos activos, y afecta una marcha periódica mas ó menos determinada, que está en relacion con la fatiga y la necesidad de descanso de las células sobrexcitadas. El excesivo trabajo de las células cerebrales, puede ocasionar el aflujo, y, por consiguiente, la hiperemia fisiológica, y esta á su vez, acrecentar la actividad funcional de los elementos activos. De ahí que en la etiología de la locura encontremos unas veces el orígen de la enfermedad en el exceso del ejercicio psicológico que determina consecutivamente la hiperemia, mientras que, en otros casos, esta constituye el elemento patogenético primitivo.

La hiperemia cerebral puede ser por congestion y por éxtasis, ó mecánica. Lo mas comun es observar simultáneamente ambas variedades; repletos, por aflujo activo, los capilares de una region, ejercen una compresion sobre los inmediatos, y esta causa es suficiente para ocasionar en los últimos una detencion mecánica de la sangre. Estos fenómenos serán tanto mas pronunciados, cuanto mas delicadas las túnicas de los vasos, condicion que precisamente reunen los de la sustancia cortical, pues la tenuidad del tejido por donde se distribuyen, les predispone notablemente á las congestiones, las cuales, distendiéndolos, adelgazan sus paredes y aun, andando el tiempo, dan lugar á ciertas degeneraciones de los elementos de estas, que les hacen perder su elasticidad, para no volverla á recobrar jamás, y, por lo mismo, determinando daños incurables.

A las formas agudas y crónicas de la alienacion mental, corresponden lesiones anatómicas, que Reindfleisch ha estudiado con particular esmero.

Para reconocer los vestigios de la hiperemia en las formas agudas, es necesario no perder de vista que los vasos cerebrales, en el cadáver, están siempre mucho mas exangües que en el vivo; así que, para declarar la existencia de un estado congestivo, basta observar un ligero tinte rosado en la sustancia blanca.

La suma tenuidad de los capilares del cerebro es causa de que sus congestiones terminen frecuentemente por derrames, que se depositan en focos numerosísimos, pero tan pequeños, que en muchos casos solo el microscopio los puede descubrir. Mas, la presencia de estos bastará siempre para poder asegurar que hubo una hiperemia, siquiera no quede de esta el menor indicio.

Una particularidad de las hemorragias capilares propias de las enfermedades mentales, consiste en presentarse casi constantemente bajo la forma de aneurismas disecantes. La sangre se abre paso á través de las túnicas interna é intermedia y se deposita entre esta y la externa, ó adventicia, á la cual levanta y despega de las subyacentes, formándose entre estas y aquellas un foco hemorrágico, de figura fusiforme y de color rojo oscuro. Bien es verdad que, al lado de estos derrames parietales, se ven á veces focos hemorrágicos extra-vasculares, como los que son propios de la encefalitis aguda; pero, en las enfermedades mentales, aquellos no faltan nunca y son mucho mas pronunciados que los de la última clase.

El *reblandecimiento rojo*, correspondiente á la manía, ofrece la particularidad de aparecer por capas sucesivas en la sustancia cortical, siendo de notar que su punto inicial es, por lo comun, la zona intermedia; lo que hace que, al practicar la avulsion de la pia-madre, sea arrastrada con esta la zona mas superficial de la sustancia gris, por lo cual, queda, despues de esto, una superficie escabrosa y como ulcerada. En otros casos, la lesion de que tratamos se fija en la zona superficial, siendo muy raro encontrarla en la capa mas profunda, inmediata á la sustancia blanca. Reindfleisch explica estas condiciones anatomo-patológicas, por la disposicion que normalmente presentan los vasos capilares, los cuales, en el cerebro, ofrecen, segun Arndt, tres departamentos sobrepuestos, correspondientes á cada uno de los períodos del desarrollo del órgano.

Los corpúsculos de la sangre contenida de los derrames parietales de que hemos hablado, se trasforman en granulaciones de pigmento, que, agrupándose de dos en dos ó de cuatro en cuatro, ó en mayor número, quedan depositados por debajo de la túnica adventicia. Raras veces se ven algunas granulaciones pigmentarias en la sustancia blanca cerebral; pero es muy comun observar la pigmentacion exagerada de las células nerviosas. Al propio tiempo que estas trasformaciones de la sangre derramada, se inicia una nueva formacion de tejido conjuntivo en la superficie externa de los vasos, que, en el estado crónico, es el

agente mas poderoso de la desorganizacion de la sustancia cerebral.

La *metamorfósis grasienta* de los vasos capilares, es la única trasformacion de tejido que corresponde al estado agudo de las enfermedades mentales: alrededor de los vasos se ven aparecer gotitas de grasa que les aislan de las partes vecinas. Hoy dia no se puede asegurar si esta grasa procede de la sustancia cerebral circunvecina ó si se forma en el mismo vaso; lo que sí se puede decir que no resulta de un proceso regresivo, sino progresivo, pues coexiste con la nueva formacion de células y fibras de tejido conjuntivo de que queda hecho mérito.

Las lesiones anatómicas que distinguen los estados frenopáticos crónicos, son mucho mejor conocidas que las de los estados agudos. Tambien en aquellos los vasos capilares son el teatro de la escena anatomo-patológica. Los vasos del cerebro están rodeados de una atmósfera de protoplasma, en donde tienen lugar las diferentes trasformaciones que vamos á exponer. Este protoplasma perivascular aumenta en los estados frenopáticos, por la proliferacion de los núcleos de la membrana adventicia y por la consecutiva formacion de células nuevas. Las mas periféricas de estas emiten prolongaciones protoplásmicas, que hacen que el vaso parezca erizado de espinas. Estas prolongaciones se continúan con ciertas células que mientras tanto se han formado en la sustancia cerebral, por lo que estas parecen de figura estrellada. En estos casos tenemos, pues, que de la superficie externa de los vasos cerebrales salen excrescencias que penetran en la misma sustancia del cerebro; estas excrescencias pueden á su vez producir vascularizaciones, por el procedimiento de gemmacion de los elementos anatómicos de las túnicas del mismo vaso. En todo este proceso, la neuroglia no tiene la menor participacion; pues todo se efectúa en el tejido conjuntivo de los vasos. La atrofia de las células y tubos nerviosos, así como la pigmentacion de aquellas, son efectos consecutivos de las alteraciones vasculares que acabamos de reseñar. La hidropesía y la esclerosis, la disolucion granulosa y la division de los núcleos, son, en concepto de Reindfleisch, hechos muy raros en las enfermedades mentales. El edema de la pia-madre, junto con la excesiva proliferacion del tejido conjuntivo perivascular, son las causas principales de las otras alteraciones de la sustancia cerebral, pues ejercen sobre esta una compresion que altera su textura y aun sus apariencias exteriores, toda vez que á simple vista se presenta coriácea y de color blanquecino.

CAPÍTULO XII.

SINTOMATOLOGÍA Y PATOGENIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

Es indicio de gran progreso la tendencia que hoy dia se observa en los tratados de Patología, á exponer los cuadros nosológicos en relacion con los procesos orgánicos y dinámicos que esencialmente constituyen las enfermedades. Estos plausibles esfuerzos para sacar la Semeiótica de las tinieblas del empirismo, á fin de adornarla con las galas de la filosofía, son dignos de imitacion y señalarán, á buen seguro, una de las etapas mas gloriosas de la Medicina contemporánea.

Enumerar los síntomas, describirlos y explicar su razon de ser, es, no solamente presentar nemonizados los caractéres de las enfermedades, sino además fecundar con los conocimientos mas útiles las bases del diagnóstico. El que cifra su empeño en retener gran copia de síntomas como otros tantos caractéres semiológicos de ciertos estados morbosos, corre próximo peligro de olvidar lo que no ha aprendido sino con gran trabajo y puede además estar seguro de ignorar el valor proporcional de los fenómenos patológicos, cuya recopilacion debe á una mera elaboracion empírica. Cuando el espíritu conoce el enlace causal y fenomenal de las mutaciones morbosas, posee la nocion filosófica de la enfermedad, y por consiguiente, discierne, con perfecta claridad, lo que es esencial y caraterístico de esta, de lo que es en ella contingente é indeterminado.

El relativo atraso en que se halla la Fisiología de los centros nerviosos, no permite, en lo relativo á las enfermedades mentales, andar con paso seguro por senda tan provechosa; pero, si por una parte es prudente imponerse pausa y reserva, por otra no faltan poderosos motivos para hacer algun ensayo en este sentido. Los fisiólogos han adelantado sus estudios de aplicacion y explotan, sin grande escrúpulo, los resultados de sus experimentos y el fruto de la experiencia clínica de los frenópatas,

para esbozar la Fisiología patológica de las vesanias. Léanse las obras de Luys, Poincaré, David Ferrier, Fournier y Despine y se verá cómo los procesos dinámicos normales, sirven para explicar el mecanismo de los procesos dinámicos morbosos.

Entretanto, los frenópatas, que al parecer desdeñan estos trabajos, limítanse á reseñar la historia de las enfermedades mentales, ateniéndose á sus caractéres nosológicos. Tanto valia no haber dado un paso desde Esquirol: las animadísimas descripciones del médico de la Salitrería no admiten paralelo; ni menos superioridad; nadie ha aventajado á ese Areteo de la Patología mental. ¿Por qué ese quietismo? ¿A qué ese retraimiento, mientras los fisiólogos se afanan en desbrozar la senda por donde ha de adelantar la Psiquiátria hasta ponerse al nivel de las otras especialidades clínicas?

Es, pues, conveniente trabajar en este sentido, y este es precisamente el pensamiento fundamental de este *Tratado*. No se nos ocultan las dificultades de semejante empresa; pero tambien son modestas nuestras aspiraciones: si, aplicando á este objeto el fruto de nuestros estudios teóricos y experimentales de gabinete, unidos á la experiencia de diez años de clínica en *Nueva Belen*, logramos hacer sentir la necesidad de comunicar á la Frenografía una direccion que la ponga en consonancia con la marcha progresiva de las otras ramas de la Patología, estaremos plenamente satisfechos y consideraremos que el éxito ha coronado nuestra mision (1).

El análisis de los síntomas de las enfermedades mentales, nos ofrece dos órdenes de fenómenos morbosos: unos son de carácter psiquico y otros meramente somáticos. Los primeros constituyen esencialmente el estado frenopático, los últimos frecuentemente faltan y resultan de la irradiacion del trastorno cerebral á los órganos esplánicos.

---

(1) El autor no puede hacerse ilusiones: no pierde de vista que escribe en España y, no sin fundamento, recela que, por esta razon—aparte de la de su escasez de mérito—este libro no tendrá eco mas allá de la Península. Raras veces los españoles recibimos de nuestros vecinos los favores que les hacemos traduciendo y difundiendo sus obras, no solo por nuestra nacion, si que tambien por las regiones ultramarinas en donde se habla el idioma de Cervantes. El autor, con todo, tiene mucho que agradecer á los autores franceses, pues sus ideas sobre Higiene, expuestas en el *Curso elemental de Higiene privada y pública*, han sido adoptadas y consignadas, con indicacion de su procedencia, en la última edicion del *Diccionario enciclopédico* de los Sres. Littré y Robin.

§ I.

De los síntomas psíquicos, ó frenopáticos propiamente dichos.

Aun cuando en la práctica no sea posible observar aisladas las perturbaciones de la inteligencia, de la voluntad, de la sensibilidad y de la motilidad, es ventajoso para el estudio examinar separadamente las alteraciones elementales correspondientes á las diversas funciones del cerebro. Esta es la única manera de formarse una idea exacta de cada uno de los síntomas de la alienacion mental. Importa, empero, como dice Baillargier, distinguir en todo trastorno frenopático, dos elementos, á saber: 1.°, la alteracion psicológica propiamente dicha, y 2.° la falta de conciencia de esta alteracion funcional. Si no existe esta última condicion, la perturbacion mental no es rigurosamente frenopática: de ahí que ciertos alucinados que tienen conocimiento de los errores que experimentan sus sentidos, no puedan considerarse como alienados, pues su conciencia basta para dirigir sus acciones en sentido de las leyes de la organizacion y de la moral, lo cual equivale á decir que se hallan en posesion del libre albedrío.

Debemos, por lo tanto, estudiar: 1.°, las perturbaciones de la afectividad y de la inteligencia; 2.°, las perturbaciones de la sensibilidad, y 3.°, las perturbaciones de la voluntad y de los movimientos.

A.—Perturbaciones de la afectividad y de la inteligencia.

Los fenómenos esenciales de la locura consisten en anomalías de los sentimientos, de los instintos, de las ideas, de los juicios, de las sensaciones, de las voliciones ó de las acciones. A la verdad, todos estos hechos tienen sus representaciones en el estado hígido; pero lo que les distingue como expresion del estado frenopático y les da carácter de síntomas, estriba: 1.°, en la falta de proporcion entre la manifestacion funcional y el grado del excitante material ó psíquico que la determina, y 2.°, en la larga duracion de la anomalía frénica.

Estar triste y taciturno cuando se ha experimentado la pérdida de una persona amada ó un quebranto de fortuna; estar alegre, movedizo y comunicativo cuando se vive bajo el influjo de sucesos venturosos; sentirse inepto para el trabajo mental

cuando se ha trasnochado ó estudiado largo rato; hallarse expansivo y de buen humor despues de moderadas libaciones, en alegre compañía; ofrecer cierta acritud de espíritu cuando se ha sufrido una afrenta ó un agravio, no es mas que manifestar alguna de las modalidades de la vida psicológica, lo cual, lejos de revelar perturbacion mental, manifiesta que hay en nosotros la conveniente reactividad para con el mundo exterior. El defecto de estas reacciones funcionales, supone anestesia, parálisis ó idiotismo moral. Al contrario, habrá alteracion frenopática en casos como los siguientes: una persona que se apena profundamente por un motivo frívolo ó que, siendo este bastante poderoso, le causa una tristeza melancólica, que se prolonga indefinidamente; un sugeto que vive en perenne exaltacion festiva, diciéndose el mas feliz de los mortales, el mas pujante por la fuerza de su brazo, el mas poderoso por sus caudales, el mas sabio y el mas ilustre por su cuna y sus hazañas; un hombre, antes despreocupado y tranquilo de espíritu, que dice que le agobia el remordimiento, teme el castigo divino, siéntese poseido del demonio y pasa el dia llorando—por lo comun sin lágrimas—rezando ó blasfemando; un hombre, anteriormente dotado de buena memoria, imaginacion viva y comprension expedita, que inopinadamente se vuelve flaco en recordar, lento en expresarse, y obtuso en concebir, etc., etc.

Estos son procesos dinámicos del órden frenopático, que, por tener su análogo en el estado normal del entendimiento, podrian llamarse *homólogos;* pero pasan en la mente del loco fenómenos de que no es posible forme idea exacta el que siempre ha conservado la razon. Hemos conocido un sastre que se quejaba de que, mientras dormia ó cuando estaba distraido, aprovechándose sus envidiosos enemigos de la condicion de ser blanda su bóveda craniana, arrebatábanle los pensamientos de más valía, que tenia buen cuidado de guardar en los pliegos más recónditos de su cerebro. Este sugeto, á cada robo de esta naturaleza, manifestaba un desconsuelo imponderable; ¿qué pasaba por su mente? ¿En qué conocía que le habia sido arrebatado un pensamiento?—Otros se creen muertos, y hablan de sí mismos en tercera persona; si se les pregunta quién es su individuo, dicen que es una simple representacion material del difunto. ¿Qué precepciones pueden causarles la nocion de su propia muerte? Solo las extravagancias de ciertos ensueños, pueden dar una idea aproximada de estos trastornos psicológicos, que, por no tener representaciones genuinas en el estado de razon y por contrapo-

sicion á los anteriormente mencionados, podrian calificarse de *heterólogos*.

Hiperestesia de la afectividad.—Dolor moral, frenalgia.— Del mismo modo que el dolor constituye la primera expresion de la enfermedad somática, la pena, la ansiedad, la tristeza ó el mal humor, suelen ser las manifestaciones iniciales del estado frenopático. El alienado está triste sin mediar ninguno de los motivos que causan la tristeza en las personas sanas; la melancolía resulta de un cambio de carácter, no de una modificacion de las influencias morales que le circundan.

El dolor moral tiene diferentes formas, que frecuentemente aparecen combinadas: la ansiedad ó temor, el miedo, el arrepentimiento, el mal humor, la desconfianza, la agitacion, el tédio de la vida, la antipatía, el odio, el rencor, la preocupacion de estar enfermo, etc. Este estado psíquico se revela de distintos modos, que frecuentemente alternan entre sí. Hay melancólicos que se distingen por excesiva aficion á la soledad; otros por el tono luctuoso de la palabra; otros por su incesante gemir; raros son los que lloran con lágrimas; algunos son presa de contínua agitacion: la señora de C., hoy dia curada, durante los tres primeros meses de estancia en *Nueva Belen*, no cesó de andar de uno á otro extremo de su gabinete, como lo hace una fiera en su jaula. La mayor parte se quejan de insomnio y, en efecto, duermen poco, pero no tan poco como ellos dicen; otros manifiestan tenaz y á veces irresistible empeño en no hablar; obstínanse otros en no tomar alimento; los que se creen perseguidos, huyen de su casa y andan errantes en busca de un lugar en donde no tengan conocidos, á fin de sustraerse á sus enemigos; otros, en fin, atentan contra su vida con admirable sangre fria y premeditacion muy detenida.

Esta frenalgia coincide con la astenia de las restantes funciones cerebrales: hay poca fuerza para pensar, escasa energía para las voliciones, debilidad en los movimientos conscientes y atonía en los actos tróficos. Segun veremos al exponer el sindrome de la melancolía, los lipemaniacos se fatigan pronto de hablar, de atender ó de estudiar; siéntense extenuados al mas leve ejercicio corporal; piden con empeño que se les deje permanecer en cama; por lo comun están anorécticos; sufren rebeldes constipaciones abdominales; orinan abundantemente y sudan poco.

La causa inmediata de las mencionadas perturbaciones psíquicas reside en las células afectivas de la capa cortical de los

hemisferios. Hemos dicho—pág. 105—que se ignora á punto fijo cuáles sean estas células, por mas que haya motivos para suponer que están interpoladas é íntimamente enlazadas con las intelectuales. Poseidas de eretismo nervioso, las células afectivas dominan las intelectuales, las cuales á su vez participan de la conmocion que experimentan aquellas, para no percibir ni juzgar sino de una manera anómala, esto es, segun la forma del estado emocional dominante. De ahí que, siendo fija la tristeza, las ideas tristes sean tambien fijas. Si la conmocion de las células afectivas se propaga á las de los tálamos ópticos, nacen sensaciones alucinatorias, concordantes con el estado de hiperestesia moral dominante. Entonces los enfermos perciben voces amenazadoras; oyen el tañido de las campanas que anuncian su defuncion, ó los clarines del juicio final; ven figuras extravagantes ó asquerosas que representan los emisarios de Satan; algunos sienten el ardor de las llamas del infierno; otros se lamentan de que su cuerpo exhala un hedor insoportable; hemos conocido una señora que se quejaba de que todo su esqueleto estaba desarticulado, estando contenidos sus huesos en el tegumento, cual si este fuese una simple bolsa de figura humana; un jóven mallorquin, recien curado en *Nueva-Belen*, percibia el cálido contacto de la sangre, que salia á borbotones de su corazon á través de las paredes torácicas.

Si el estado de eretismo emocional de las células afectivas retumba, por los correspondientes pedúnculos, al cerebro—centro motor y regularizador de la fuerza excito-motriz—en medio de la tristeza patológica, veremos aparecer esos arrebatos de furor é impulsiones violentas, que frecuentemente presentan algunos melancólicos.

Expansion afectiva frenopática.—Variedad de la *hiperfrenia.*—Un estado de la afectividad diametralmente opuesto á la melancolía, es la expansion moral anómala, que podria llamarse *alegría de la locura.* El enfermo se siente feliz en todos conceptos—quizá este sea el único estado de felicidad completa en la tierra.—Si no conociéramos las tristísimas secuelas de este delirio, podría envidiarse esa expansiva beatitud en que se mece el espíritu de estos individuos. Desde la medianía ó quizás desde la pobreza, pasan súbitamente á la opulencia; su morada es un palacio; sus arcas rebosan oro; cuenta sus tesoros por millares de millones; sus primeras gestiones, al ingresar en el Manicomio, se dirigen á comprar el establecimiento; su inteligencia ha recibido inspiraciones sobrehumanas y ha dilatado extraordinaria-

mente sus horizontes; son autores de proyectos y de inventos preciosísimos: un tejedor de velos—que recientemente ha salido curado de *Nueva-Belen*—habia inventado un mecanismo para hacer funcionar, con una sola mano, cuatro telares Jacquard con cuarenta mil cartones, obteniendo en el tejido el retrato de una persona augusta, enlazado con la Santísima Trinidad y resolviendo por ahí el incomprensible misterio de la monarquía republicana, simbolizada en el estandarte que saldria del telar múltiple. Un sugeto, de nacion francés, se tuteaba con Napoleon III y con la emperatriz Eugenia, y aun cuando sabia que estaba ausente de su patria, sentíase despechado porque estos personajes no le habian consultado acerca de cierto asunto diplomático.....

Es natural que á alteraciones tan profundas en la vida psicológica, correspondan determinadas perturbaciones de los elementos celulares de la zona cortical. Ese delirio de grandezas, esa forma festiva y generosa de las manifestaciones funcionales del cerebro, indica la generalizacion de un estado hiperémico de la susodicha sustancia cortical y probablemente un exceso de irradiacion del influjo cerebeloso, á través de los cuerpos estriados, á las células grises corticales del cerebro. Conmovidas en sentido de la alegría, las células afectivas hacen sentir su influjo á las de ideacion, las cuales, al contrario de lo que sucedia en la melancolía, ó frenalgia, no funcionan sino para formar ideas de grandeza, de felicidad ó de vigor. Reflejándose esta conmocion á las células de los tálamos ópticos, brotan alucinaciones sensoriales concertantes con el estado psíquico dominante, con lo cual el delirio ambicioso, ó *megallomanía*, se afirma mas y mas. La sobrexcitacion de los aparatos cerebelosos trasciende á los cuerpos estriados, y desde estos, por las fibras córtico-estriadas, á las células de la capa cortical, comunicándolas un estado esténico particular, que suscita la nocion de fuerza y engendra movimientos impulsivos. En la manía paralítica, enfermedad en que la forma expansiva de la afectividad suele observarse desde el principio, la autopsia demuestra otras lesiones en los aparatos cerebrales, cerebelosos y medulares, que explican sin dificultad el chocante contraste entre la nocion de vigor de que se sienten poseidos los pacientes y su creciente impotencia para sentir, para pensar y para moverse: hay en ellos un íntimo error de su propia personalidad.

Cambios de carácter.—Como fenómenos frenopáticos, observamos otras varias perturbaciones de la afectividad que se ma-

nifiestan por un cambio de carácter, súbitamente operado en el individuo: el que era afable, se vuelve brusco y descontentadizo; el generoso, avaro; el emprendedor, cobarde; el timorato, osado, etc. Estas trasformaciones morbosas constituyen el fondo del cuadro de la alienacion mental y á ellas están subordinadas las diferentes tintas del delirio.

Un hecho digno de particular mencion, es que, segun Guislain, no hay enfermedad mental que comience por un estado emocional de placer, sino que en todas, la hiperestesia dolorosa abre la escena de las perturbaciones afectivas, siendo permitido, en vista de una locura alegre, afirmar que la enfermedad ha recorrido á lo menos su período de invasion. Esta observacion, que por nuestra parte hemos visto confirmada, encuentra algunas excepciones en ciertos casos de manía paralítica.

Alteraciones de la inteligencia.—Griessinger distingue dos órdenes de anomalías de la inteligencia: unas que afectan á la *forma*, y otras que se refieren al *fondo* de los actos intelectuales, constituyendo las diferentes variedades del *delirio*, ó *ideofrenia*.

A. *Anomalías relativas á la forma.*—Las anomalías relativas á la forma comprenden: 1.°, la optusion de la inteligencia; 2.°, su exaltacion ó *hiperfrenia*; 3.°, las ideas fijas; 4.°, la incoherencia de ideas; 5.°, la sobrexcitacion y la depresion de la memoria; 6.°, las anomalías de la atencion, y 7.°, los trastornos de la elocucion.

1.° *Obtusion de la inteligencia.*—En los estados de frenalgia, los enfermos manifiestan poca aptitud para las operaciones intelectuales. Todo lo domina el sentimiento. El cerebro, como el músculo afectado de miodínea, tiene escasas condiciones para sus funciones específicas. Las células afectivas, constituidas en un estado de eretismo doloroso, impiden el ejercicio de las perceptivas. Las impresiones actuales que llegan por los tálamos ópticos y las en estado de recuerdo, suscitados por aquellas, retumban en las células afectivas, antes de hacer entrar en conmocion las células intelectivas para convertirse en percepciones, en juicios y en voliciones. De ahí que las ideas se formen lentamente y sean poco numerosas.

En otras ocasiones, la obtusion, ó *paresis* de la inteligencia, es una verdadera *afrenia*, por debilidad directa de las células corticales ó por pérdida mas ó menos completa de la memoria—*amnesia*—estado que precisamente caracteriza la demencia. En estas circunstancias, las impresiones sensoriales tienen un carácter simple: no se trasforman en ideas, ni despiertan las percepciones ni los juicios conservados en estado de recuerdo. En-

tonces puede haber una lesion material en la sustancia blanca, que interrumpe la continuidad de las fibras córtico-ópticas y que, por lo mismo, impide la propagacion de la corriente de impresion desde los tálamos á la zona cortical de los hemisferios, ó bien una destruccion de las células de la capa mas superficial de la referida zona, ó, en fin, soluciones de continuidad en las fibras comisurantes de estas mismas células. En este último caso, las impresiones metabólicas venidas del exterior á través de los tálamos ópticos, no pueden difundirse por las redes corticales, para vivificar los recuerdos, establecer comparaciones entre las percepciones actuales y las pasadas y formar juicios. Como se forman pocas ideas, y aun estas tienen pocos enlaces con las preexistentes, manifiéstase un automatismo inconsciente, ó sea una accion refleja ó involuntaria, que se dirige desde las células intelectivas de la capa mas superficial, que son directamente conmovidas, á las grandes y triangulares de la capa profunda de la misma sustancia cortical, y desde estas, por las fibras córtico-estriadas, á las células de los cuerpos estriados, en donde se trasforman en impresiones exito-motrices del lenguaje; impresiones que, siendo siempre del mismo género, dan lugar constantemente á unos mismos movimientos y, por consiguiente, á que el enfermo repita sin cesar é inconscientemente unas mismas palabras. Cada palabra es el efecto de una descarga del influjo cerebral, que no se acumula, como de ordinario, porque se halla fuera del dominio de la voluntad.

2.° *Sobrexcitacion de la inteligencia, ó hiperfrenia.*—Así como hemos hablado de la estenia del cerebelo, existe una estenia cerebral, que se manifiesta por un aumento de actividad de las funciones intelectuales. Este fenómeno se observa en algunas formas de manía, en el éxtasis y en el período prodrómico de de algunas locuras. La imaginacion hace el principal gasto: los enfermos se vuelven mas elocuentes, se expresan con facilidad inusitada, tienen salidas ingeniosas, algunos componen versos mas ó menos bien rimados, otros hablan en lenguaje profético, otros inventan mecanismos, conciben planes rentísticos, de gobierno ó estratégicos, otros encuentran solucion á los problemas mas árduos de las ciencias: la cuadratura del círculo, el movimiento contínuo, etc. Por lo general, en todas estas ideas hay mas travesura ó habilidad, que fondo ó utilidad.

No siempre la sobrexcitacion de las facultades mentales responde á una alteracion directa de las células corticales, sino que, en razon del enlace anatómico y funcional que existe entre estas

y las de los tálamos ópticos, puede una lesion en estos núcleos de sustancia nerviosa determinar trastornos en las facultades intelectuales. Los tálamos ópticos son los centros de la sensibilidad; las células pequeñas de la capa cortical no hacen mas que dar forma ideal á las impresiones sentidas en los tálamos. Si estos no perciben normalmente las ideas, son falsos y erróneos los juicios; si los tálamos ópticos pierden la facultad perceptiva, faltan los elementos de las ideas. Por esto no es raro que la de demencia resulte de una lesion primitiva de los tálamos ópticos; lesion que, en virtud de la ley de solidaridad morbosa de los aparatos encefálicos, no tarda en propagarse á la sustancia cortical. Marcè, Luys y Calmeil citan varios casos que confirman esta opinion.

3.° *Fijeza de las ideas.*—En el estado fisiológico de la mente, es regla que las ideas y los juicios sean diferentes á proporcion que varían los excitantes de nuestra sensibilidad y recuerdos; en casos excepcionales, bajo el dominio de las pasiones, ocurre que ciertas ideas tienen tanta persistencia en el espíritu, que el esfuerzo de la voluntad para ahuyentarlas ó pasarlas á la categoría de recuerdos virtuales es infructuoso. Entonces decimos que *nos persigue* ó *nos atormenta una idea*. Esta insistencia del pensamiento en un mismo tema, da una nocion bastante aproximada de las *ideas fijas* como fenómeno frenopático. La melancolía, ó *frenalgia* y la monomanía, ó *hipermonofrenia*, son las dos formas mentales en que se observa la fijeza y hasta la tenacidad en las ideas. En la frenalgia tienen estas constantemente un carácter adecuado al de sufrimiento moral ó pena que agobia al enfermo. Todas giran alrededor de la tristeza que anonada al espíritu; no brota ni un pensamiento alegre. Al que sufre lipemanía de persecuciones, no le abandona la idea de que sus enemigos le acechan para dañarle ó causarle la muerte; el hipocondriaco no piensa ni habla de otra cosa que de las extrañas perturbaciones de sus vísceras y de sus funciones. M., melancólico hipocondriaco, temiendo ser víctima del veneno, veia polvos tóxicos en todos los manjares; no comia del plato que se le presentaba y arrebataba súbitamente el de su comensal mas próximo, apenas este lo habia comenzado á gustar; no bebia sino en las fuentes públicas, por temor de que echasen *polvos* en el vaso ó en la botella; no se sentaba sin antes sacudir la silla, que podia tener *polvo* venenoso en el asiento, ni se ponia el sombrero sin limpiar cuidadosamente la badana interior, de miedo de que alguien hubiese echado el malhadado *polvo* en el forro.

Aun, si cabe, son mas fijas, ó por lo menos mas duraderas, las ideas en la monomanía y en los delirios sistematizados. Por absurdo que parezca el tema de estas formas frenopáticas, no hay razonamiento ni medio de intimidacion capaz de hacer que el enfermo abdique sus errores.—R., cree que dos curas de su pueblo se han propuesto martirizarle por medio de la electricidad. Se le hace entender que sus enemigos han sido desterrados á Ultramar; se le pone de manifiesto una máquina eléctrica, que se le dice les ha sido ocupada al prenderles.... Todo en vano; dice: «La electricidad corre millares de leguas por segundo; ¿serán ellos tontos para no tener mas que una máquina?»

Alguna particularidad de organizacion, innata ó adquirida por la educacion, debe existir en el cerebro que haga que ciertos hombres sean orgullosos, otros humildes, otros vanidosos, etc., cualquiera que sea el medio social en donde vivan: hay ricos humildes, pobres soberbios, aristócratas sencillos, ignorantes presumidos, etc. Estos distintos tonos de los sentimientos dominantes en el individuo, que constituyen su carácter moral, deben guardar con la estructura cerebral la misma relacion que las variedades de constitucion y de temperamento respecto de la totalidad del organismo. Las mudanzas patológicas de carácter, tienen cierto carácter de fijeza y no se explican sino admitiendo modificaciones materiales ó dinámicas, mas ó menos íntimas y mas ó menos perceptibles, en los elementos afectivos del cerebro. Como, por regla general, el estado emocional, tanto en el de razon como en el frenopático, es lo que imprime el sello en las operaciones del entendimiento, es fácil colegir la razon de la fijeza de las ideas subordinadas á sentimientos tambien fijos. El que está triste, tratando de darse razon de la afliccion en que vive, no piensa mas que en cosas tristes y aun á veces están de tal manera preocupados sus centros perceptivos, que se ve asediado de alucinaciones sensoriales que afirman su tristeza. Al contrario, el que se siente poseido de cierta tonicidad de espíritu—orgullo, ambicion—hace como las personas altaneras y ambiciosas: forma el mundo á su antojo, concibiendo un tema delirante que cuadre á la elevada nocion que de su personalidad tiene y á este juicio subordina todos cuantos crea su mente.—Un coronel retirado, antiguo pensionista de *Nueva-Belen*, á quien, por consideracion á ser el mas antiguo en la casa, se le daba cubierto de primera clase, pagando pension de tercera, solia decir: «Vamos á comer, si es que aquí se come; pues no sé si llamar manjares á los bódrios que á mi me sirven.» Creíase rey de las Dos Sici-

lias, y naturalmente, para su augusta posicion, encontraba frugal y despreciable la suculenta mesa del Establecimiento.—Un abogado, que nunca perteneció al ejército, titúlase *Mariscal indefinido*, y frecuentemente dirige representaciones á las autoridades militares y aun al Rey, en demanda de que se le concedan dos ordenanzas para su servicio.

4.° *Movilidad é incoherencia de ideas.*—Un vicio de la asociacion, diametralmente opuesto al que acabamos de describir, es la movilidad y la incoherencia de las ideas. Hay movilidad de ideas, siempre y cuando el enfermo, en la conversacion, pasa fácilmente de un objeto á otro. Como atiende poco, cuando se le dirige la palabra, contesta atinadamente; pero al momento habla de otras cosas que no tienen relacion con el asunto principal; si se quiere que comprenda lo que se la va diciendo, se hace preciso llamarle la atencion á cada instante. Este síntoma, que á veces no se aprecia desde luego, sino que para descubrirle se requiere un detenido exámen, suele presentarse al principio de la alienacion mental y en particular en la manía; otras veces indica la proximidad de un acceso, en las vesanias de tipo intermitente; en otros casos es un fenómeno transitorio que señala que la enfermedad mental va á cambiar de forma, y otras veces, en fin, es la expresion de una debilidad de la inteligencia, que suele pasar á estados mas graves, tales como la manía crónica y la demencia.

Hay incoherencia de ideas cuando en la conversacion falta el natural enlace entre juicios análogos ó contrapuestos. La incoherencia puede ser *aparente* y *real*. Hay *aparente incoherencia* de ideas cuando, por efecto del gran número y rapidez con que estas nacen, el enfermo no puede expresarlas convenientemente, á causa de que los actos de la elocucion son menos veloces de lo que convendria para representar todas las operaciones del entendimiento: al paciente le *faltan palabras* para dar forma material á todos sus conceptos y, por consiguiente, su conversacion es inconexa. Mas comunmente la incoherencia de esta clase se revela por los escritos del alienado: como para expresar gráficamente los juicios, se requiere mas tiempo que para representarlos fonéticamente, resulta que ciertos enfermos, en cuyo cerebro hay, por decirlo así, una hipergénesis de ideas, hablan con bastante conexion, pero sus escritos adolecen de defectos de ilacion que á primera vista parecen en contraste con su lenguaje hablado.

En ambos casos, la *pseudo-incoherencia* reconoce su orígen en una sobrexistencia de los elementos de la zona cortical y es uno de los síntomas mas culminantes de la manía. Algunos maniacos

se sobrexcitan por la conversacion; así que, si bien responden convenientemente con calma y coordinacion á las primeras palabras que se les dirigen, al poco rato se nota que su semblante se anima, centellean sus ojos, un ligero temblor se apodera de sus manos, su conversacion se acelera por grados y acaban por una *logorragia* inagotable y de todo punto inconexa.

La *incoherencia verdadera* no se manifiesta por exceso de locucion, ni por ningun síntoma de exaltacion frénica, sino, al contrario, por una pasividad y debilidad psíquica, que contrasta con el estado anteriormente descrito. El enfermo se presenta estúpido ó indiferente, su fisonomía está inmóvil y sus acciones revelan la atonía cerebral. Este síntoma es de pronóstico muy grave, pues indica profundas lesiones de nutricion, ora en las células, ora en las fibras comisurantes de la zona cortical, ora en la sustancia blanca de los hemisferios. Por esto la incoherencia verdadera, ó pasiva es síntoma de la demencia.

5.° *Anomalías de la memoria.*—La memoria puede hallarse sobrexcitada ó en estado de debilidad mas ó menos aparente.

La sobrexcitacion de la memoria es un fenómeno bastante comun en la manía, y se explica por la estenia general que en esta enfermedad domina en los elementos de la sustancia cortical.—Un estudiante de Medicina, discípulo nuestro que, raras veces durante la carrera obtuvo mejor calificacion que la de mediano, vino á *Nueva-Belen* afectado de una manía aguda con delirio. En la convalecencia de la enfermedad, seguia el prodigioso desarrollo de la memoria que habíamos notado durante el apogeo de la misma; tuvo entonces precision de sufrir los exámenes de reválida; le autoricé para ello, yo mismo formé parte del tribunal; los otros jueces no estaban enterados de los antecedentes patológicos del graduando....; hizo tan brillantes ejercicios, que mereció por unanimidad la calificacion de Sobresaliente, que hoy dia ostenta en su título de Licenciado.

Los que resultan bien curados, recuerdan con admirable precision todo cuanto les ha acontecido durante la enfermedad. Este recuerdo es indicio de sólida curacion; razon por la cual tenemos la costumbre de hacer escribir su propia historia á los convalecientes, confiando tanto mas en la curacion, cuanto mas en esos escritos se revela que el individuo co· serva íntegra la memoria de lo que le ha acaecido en el decurso de su enfermedad. Esto debieran, siquiera por egoismo, no ignorarlo los guardianes, camareros y demás encargados del cuidado de los alienados, pues para los malos tratos que tal vez el desventurado orate reciba,

puede llegar dia en que, repuesto en su personalidad, recordando el ultraje, se halle en el caso de exigir merecidas represalias. Si se quiere saber lo que vale un manicomio, no hay medio mas expedito que explorar el concepto de los que han salido con calificacion de curados. El que habla mal del establecimiento, ó no está bien curado, ó durante su reclusion no fué tratado con los miramientos y atenciones á que su desvalimiento le hacia acreedor.

Mucho más frecuente es en las enfermedades mentales la debilidad ó pérdida de la memoria, que la exaltacion de esta facultad. La *amnesia* presenta tres variedades: en la primera, que llamaremos *amnesia próxima*, el enfermo conserva fielmente el recuerdo de las personas, cosas y sucesos remotos, pero ha perdido la memoria de los que se refieren á una época posterior á la invasion de su enfermedad; en la segunda variedad, que puede llamarse *amnesia general*, la memoria es infiel así para lo próximo como para lo remoto, y en la tercera variedad, mucho menos comun que las precedentes y para la cual proponemos el nombre de *amnesia de la conciencia* ó *auto-amnesia*, es tan completa la pérdida de la facultad de recordar, que el enfermo ni siquiera conserva la nocion de su historia psíquica, por lo cual en su mente se ha desvanecido hasta la idea de su propia personalidad.

El valor semeiótico de la amnesia, se colige del mecanismo fisio-patológico que preside á este síntoma. Si en la *amnesia próxima*, ó de la primera variedad, las percepciones y juicios formados despues de la invasion de la enfermedad mental no se conservan en estado de recuerdo, es á causa de que, por hallarse en estado patológico, las células superficiales de la sustancia cortical no reciben las impresiones con la debida intensidad, pues hay poca fuerza de atencion, y, por lo mismo, escasa retentividad; al contrario, las que fueron impresionadas en condiciones normales, no habiendo sido destruidas por el proceso patológico, recibieron convenientemente las impresiones respectivas y las retienen como en el estado hígido. En este caso, el cerebro es como el fotógrafo cuyo papel sensible ha sufrido cierta alteracion: los retratos que sacó en el papel en buen estado, conservan permanentemente las tintas; las fotografías tiradas en papel malo se desvanecen al poco tiempo. En la segunda variedad de amnesia, el daño se ha generalizado, atacando, no solo las células, si que tambien los vínculos fibrosos que mantienen la recíproca union de estas formando las admirables redes de la capa cortical de los hemisferios. En tal estado, el movimiento impre-

sionador no puede difundirse por las células de la capa cortical para excitar la revivicencia de los recuerdos, pues *están interrumpidas las comunicaciones*. En la *auto-amnesia*, es tan grande el desquiciamiento de los elementos cerebrales, que hasta se han perdido las ideas de mas remota fecha y mas frecuentemente suscitadas en la mente, cuales son las de nuestra propia personalidad. Faltando además las condiciones para la asociacion—por la lesion de las fibras comisurantes,—no puede haber ideas recordadas que sirvan de término para que el espíritu las compare entre las percepciones actuales y las pasadas; no es, por lo mismo, posible que el individuo distinga lo que es *él*, de lo que está fuera de *él*; por esto confunde la percepcion de su personalidad con la nocion de una personalidad extraña á la suya. Es que, como dice Falret, en medio de la ruina de la memoria, sobrevive un recuerdo histórico, que, por su mismo aislamiento, es causa de la adopcion de la personalidad recordada, como si fuese la propia.

De todos modos, la amnesia indica siempre una destruccion mas ó menos extensa de la sustancia cerebral, por lo cual constituye uno de los signos de mayor gravedad en las enfermedades mentales. Primer indicio de la demencia, la pérdida de la memoria se va pronunciando á proporcion que adelanta el proceso destructor, y es causa de la mayor parte de las anomalías psíquicas que se observan en esta enfermedad.

6.° *Anomalías de la atencion.*—La atencion, que, segun hemos dicho, es la manifestacion intelectual de la fuerza psíquica, ó sea el resultado de la aplicacion de la voluntad á las facultades sensoriales y perceptivas, presenta variables desórdenes en las enfermedades mentales.

Los que adolecen de verdadera incoherencia de ideas, prestan poca atencion á las impresiones del mundo exterior. La disociacion de las impresiones es causa de que estas se trasformen automáticamente en movimientos-signos sin suscitar en la inteligencia las operaciones mas elevadas, que constituyen los juicios. El mundo exterior no llega á las regiones de la conciencia, y por consiguiente, la voluntad, esta fuerza del alma para sentir y percibir, no se pone en ejercicio. Entonces la expresion de las funciones cerebrales se parece á la de las excito-motoras de la médula, pues queda reducida á excitaciones inconscientes de carácter reflejo. El loco habla sin saber lo que dice.

La misma variedad y tumulto de las percepciones y de los juicios que tiene lugar en la manía, es causa de que cada uno de

estos productos funcionales haga poca impresion en la conciencia; una impresion cerebral, borra las huellas de la otra, y por lo mismo, el espíritu no tiene tiempo de fijarse ó atender á ninguna. Las ideas corren por el cerebro como los granos por una canal: se ven cosas que se agitan, pero no se sabe lo que son; parece un líquido que fluye y no semillas que rueden sobre sí mismas. La atencion parece defectuosa porque se reparte en demasiados objetos.

Cuando hay una idea fija, la fuerza psíquica se concentra sobre esta, y las demás regiones de la inteligencia quedan privadas de todo influjo de la voluntad. Por esto los melancólicos y cuantos sufren delirios parciales, no carecen de atencion, sino que la tienen viciosamente distribuida, acumulándola en un punto y, por lo tanto, hallándose en defecto en las demás. En estos casos, sin embargo, creemos, con Esquirol, que hay mas absorcion por el dolor moral que por las ideas fijas; y por lo tanto, que si á los lipemaniacos cuesta gran trabajo distraerles, no es tanto por la atencion que prestan á sus pensamientos, como por las que les arrebatan sus pesares.

En ningun caso es mas aparente el trastorno de la atencion que en el éxtasis. Toda la máquina psicológica hállase ocupada en una sola operacion de sentir y de pensar. Las puertas de los sentidos están cerradas para todas las impresiones que no digan relacion al objeto de la preocupacion mental. Los estímulos mas vivos pasan completamente desapercibidos ó se truecan en sensaciones alucinatorias que se adaptan á la idea única que absorbe la mente.—El jóven A. R., afectado de éxtasis erótico, no percibia la llama de una vela aplicada al lóbulo de la nariz; tocaba empero nuestra mano, la acariciaba suavemente, besábala y repetia el nombre «Adela».—La señorita T., de 13 años de edad, apenas púber, tenia frecuentes ataques de éxtasis erótico: perdia súbitamente el sentido para todo, menos para las impresiones referentes á su estado pasional. A cuanto se le decia, contestaba cual si se dirigiese á Baldomero—jóven objeto de su amor—con las mas apasionadas palabras. Con solo tocarle las manos, se le veia entrar en un verdadero extro genital, seguido de eyaculacion.

7.° *Anomalías de la expresion.*—Las dos formas antitéticas de las anomalías frenopáticas de la expresion, son: la *logomanía*, ó *logorragia* y el *mutismo*.

La *logorragia*, segun hemos dicho, coincide con un estado de sobrexcitacion frénica y frecuentemente manifiesta aparente incoherencia de ideas.

El *mutismo* de los alienados, como dice Guislain, no es una incapacidad intelectual, sino un capricho ó fantasía morbosa. No puede, pues, confundirse con la afasia, ni con el mutismo de los sordo-mudos. En la afasia, el enfermo desea hablar, pero no puede expresarse, porque ha perdido la facultad cerebral del lenguaje. En el mutismo frenopático, hay aptitud física é intelectual para hablar; pero falta voluntad para expresarse, ó, por mejor decir, hay tenaz voluntad de no hablar. El mutismo frenopático es, por consiguiente, una anomalía de la voluntad. Puede presentar diferentes formas. Por lo comun se anuncia por una manía de oposicion ó de tristeza. Raras veces se declara súbitamente un mutismo completo: el enfermo comienza por hablar poco y en voz baja; luego hace como que no oye, y por último, se obstina tenazmente en no pronunciar palabra. La intimidacion triunfa comunmente, siquiera por un instante, de esta obstinacion patológica. Pasada la influencia del temor, reaparece el mutismo.—Hoy mismo, hemos sido testigos de un hecho notable. Un jóven afectado de manía melancólica, á quien hacia cuatro meses no se le habia podido arrancar palabra, se ha dirigido al Administrador de *Nueva-Belen*, y en alta voz y en tono expedito, le ha pedido papel y lápiz para dibujar. Despues ha vuelto á su mutismo.—El jóven J. J., hijo de un elevado personaje, no hablaba sino mientras oia el zumbido de un aparato eléctrico de Guèffe, á cuya corriente se le amenazaba someterlo. Cuando se le dió á entender que este medio no se le aplicaba por via de punicion, sino como recurso curativo, dejó de hablar bajo esta influencia y resistió las mas intensas corrientes sin manifestarse dispuesto á cambiar de propósito. Por lo demás, escribia correctamente, aunque revelaba hallarse poseido de profunda pena moral por la ausencia de su padre, á quien, sin embargo, no cesaba de causar pesares mientras estaba á su lado.

Muchos alienados modifican su lenguaje inventando términos mas ó menos extravagantes ó varian los nombres de las personas y de las cosas. Algunos, para hacer gala de su vasta erudicion, muestran especial aficion á esdrujulizar las palabras. A este fenómeno podria dársele el nombre de *cultiloquia*.—Una señora monomaniaca que se titula *Digna de Dios y Reina de la tierra*, nos saluda llamándonos su *medicínico;* dice que nuestro baston es *apánico, deleténica y latínico*.—El monomaniaco de quien hemos dicho se titula el Mariscal indefinido, para anatematizar á los médicos de Nueva-Belen porque no le concedemos lo que atañe á su alta categoría; en una de las representaciones que ha dirigi-

do al Capitan General de Cataluña, nos estigmatiza llamándonos *cretes*.»

La significacion clínica de las referidas anomalías del lenguaje es la siguiente: la excesiva locuacidad corresponde á las formas maníacas agudas é indica un estado de eretismo intelectual; el mutismo supone una anomalía de la voluntad y coincide con fijeza y tenacidad en las ideas, por lo cual es frecuente en los melancólicos; la extravagancia de la elocucion y la *cultiloquia*, se observan en la monomanía, en la manía crónica y en la fatuidad. Significa de curacion difícil.

B. *Anomalías relativas al fondo de las operaciones intelectuales.—Delirio* ó *ideofrenia.*—La voz delirio—de *de*, fuera, y *lira*, surco,—que, segun hemos dicho, en su sentido etimológico, vale tanto como *salir del surco*, se emplea para designar las perturbaciones crónicas de la razon humana, dependientes de errores morbosos en las percepciones ó en los juicios, con la condicion de que el enfermo considera como realidades las exageraciones de su fantasía, careciendo al propio tiempo de poder para oponerse ó hacer cesar este estado.

Clínicamente, importa distinguir tres clases de delirio, á saber: 1.°, el *delirio sintomático de las enfermedades agudas*, que suele observarse en las inflamaciones de los órganos parenquimatosos, el cual se distingue por un vivo aparato febril; 2.°, el *delirio tóxico*, de duracion momentánea, debido á la influencia de ciertos agentes venenosos, tales como el opio, la belladona, el haschis, etc., y 3.°, el *delirio frenopático*, caracterizado por su cronicidad, por la apirexia y por intervalos de remision ó lucidez muy pronunciados.

Nosotros debemos ocuparnos exclusivamente del *delirio frenopático*. No siempre que hay enajenacion mental hay delirio; pero en la inmensa mayoría de las vesanias, existe este síntoma. Hasta los casos en que la enfermedad mental comienza por anomalías de la afectividad, mas tarde ó mas temprano, con mayor ó menor intensidad, se declara el delirio de las ideas; pues el mismo estado emocional conduce á interpretar equivocadamente las impresiones sensoriales y las percepciones. «El contenido falso de las ideas, dice Gressinger (1), que no están en armonía con el mundo exterior y los hechos anteriores de la vida, se traduce muy comunmente por el hecho de que el enfermo, segun el principio de causalidad, trata de darse explicacion de sus disposicio-

(1) Obra citada, pág. 80.

nes de espíritu y sus emociones morales. Los mas diversos motivos y sucesos exteriores y todos los recuerdos posibles de su propia vida, pueden ofrecerle variados materiales para estos conatos de explicacion, y la casualidad, el grado de la educacion y el modo como él considera la vida, tienen en este punto la mayor influencia. La misma disposicion, por ejemplo, que en el supersticioso provoca la idea del hechizo, puede á otro hacerle creer que le persiguen los fracmasones ó que es víctima de misteriosas maniobras del magnetismo.

Si se examinan con la debida atencion las condiciones patogenéticas que determinan las variedades del delirio frenopático, se ve que todas ellas se reducen á dos circunstancias fundamentales, á saber: 1.ª el estado emocional morboso y 2.ª las impresiones sensoriales é intelectuales que últimamente han actuado en la moral del paciente.

Los estados emocionales dominantes, ó para hablar con mas exactitud, la naturaleza de las anomalías de la afectividad, deben ser considerados como la causa mas próxima del carácter ó forma del delirio. Así como en las enfermedades comunes las causas predisponentes son las que imprimen el carácter esténico ó asténico á los síntomas, el fondo esténico ó asténico de la afectividad es la condicion patogenética de que depende que el delirio sea de exaltacion ó de depresion, alegre ó triste, fijo ó móvil, parcial ó general, difuso ó sistematizado, tranquilo ó furioso. De ahí que el delirio de los melancólicos sea triste y con tendencia á la fijeza de las ideas; tranquilo y poco variable el de los monomaniacos; mudable de intensidad y de forma el de los maniacos y furioso é incoordinado el de los dementes.

La influencia de las impresiones que mas recientemente han obrado sobre el enfermo, se reduce á dar el tema principal, ó sea la *materia* del delirio. Diríase que este tema, cada loco lo trata á su manera, segun las condiciones de su afectividad. En los tiempos de revueltas políticas y guerra civil que atravesamos y en que frecuentemente se agitan cuestiones religiosas, vienen al manicomio melancólicos con delirios místicos, que se proponen macerar su cuerpo con ayunos y penitencias, á fin de desagraviar á Dios de las ofensas que le infieren los incrédulos y los enemigos de la religion: acaba de entrar un maniaco razonador, que, proponiéndose imitar al patriarca Abraham, ha abandonado la casa paterna, para emprender una peregrinacion á Lourdes, Roma y Jerusalen; este aspira á perfeccionarse y á regenerar la humanidad por medio de la fe y de la predicacion. En cambio,

se ven maniacos agudos iconoclastas y teófobos, á quienes la vista de un sacerdote les enfurece y les impulsa al homicidio.

Esta filiacion entre el estado emocional y la forma del delirio, dista mucho de ser patrimonio exclusivo de la sin-razon; es, al contrario, un fenómeno patológico que tiene cabal representacion en el estado de salud mental, pues todos tendemos á juzgar de las cosas á tenor de nuestros sentimientos y pasiones. Las agitaciones político-religiosas, que hemos citado como materia de delirios diametralmente opuestos, dan pié á las opiniones mas antitéticas entre las personas cuerdas. El absolutismo y la teocracia representan, en el mundo de los cuerdos, á los melancólicos teomaniacos y místicos; el moderantismo aristocrático, traduce en la sociedad á los monomaniacos ambiciosos, y la exaltada demagogia, representa á los maniacos blasfemadores, teófobos y *clerófobos*. Es de notar que las pasiones sociales, trasportadas al terreno frenopático, manifiestan, cada una en su género, los mismos grados de tenacidad y de arraigo que en el mundo social: así, esa extraordinaria obstinacion y encarnizamiento de las guerras religiosas, corresponde á la incomparable fijeza y dificilísima extirpacion de los delirios místicos; al contrario, las pasiones democráticas, tan bullidoras como fugaces, que se manifiestan por motines, pronunciamientos ó revoluciones de corta duracion, afectan en los locos tanta agudez como movilidad y, por lo comun, ceden pronto á los medios terapéuticos.

Aun cuando el delirio y las alucinaciones sean cosas muy distintas, es indudable que el trastorno de las operaciones de la inteligencia frecuentemente se asocia á anomalías de la sensibilidad. Aquí pueden suceder dos cosas: ó que las alucinaciones preexistan y enjendren el delirio, ó que este sea la causa de aquellas. En el primer caso, el paciente, en un principio, tiene conciencia del error que sufre su sensibilidad y no da crédito á sus percepciones morbosas; tiene, pues, fuerza suficiente para desvirtuar los gérmenes de error que tienden á inficionar su inteligencia; no hay, por lo tanto, delirio, ó si se quiere, el delirio es meramente sensorial, ó bien, como diria Guislain, es un *delirio sin delirio*. Pueden las cosas quedar así por largo tiempo y aun indefinidamente ó desvanecerse las sensaciones alucinatorias, sin haber dado márgen á ideas delirantes; no obstante, lo comun es que las alucinaciones vayan sometiendo á la inteligencia, creando ideas erróneas y perdiendo el sugeto la nocion del error de que es víctima, y por lo mismo, dando crédito á las sensaciones alucinatorias que le asedian. Entonces queda establecido el

delirio, que en razon á su orígen, puede llamarse *alucinatorio*.

Cuando el delirio preexiste á las alucinaciones, estas son del mismo carácter que aquel. En semejantes circunstancias, parece que en el cerebro se verifica un movimiento *anti-peristáltico*; pues así como, en el estado fisiológico, desde las sensaciones se marcha á las ideas y á los juicios y de estos á los sentimientos y afectos, en el caso de que tratamos, las operaciones psíquicas siguen un curso invertido: el sentimiento se *antepone* y se *impone* á la inteligencia y esta á la sensibilidad. La voluntad, en consecuencia, deja de ser libre.

Estaria sin duda equivocado el que creyese que existen delirios reducidos á una sola idea. La estructura del cerebro no consiente semejante parcialidad del error morboso: el mismo enlace anatómico de los elementos de la sustancia cortical, no permite que las anomalías en un cierto órden de ideas, se circunscriban á determinados grupos celulares, sino que el trastorno morboso de la inteligencia debe trascender mucho mas allá de lo que á primera vista parece. A pesar de esto, es una distincion de bastante utilidad clínica, la de los delirios en *parciales* y *generales*, entendiendo por los primeros, aquellos en que el error patológico queda bastante circunscrito, y por los últimos, las perturbaciones de la inteligencia que alcanzan á una órbita mucho mas extensa. En rigor, pues, no existen *mono-delirios*; pero es conveniente conservar esta palabra, en oposicion á la de *poli-delirios*, qué significaba la generalizacion del delirio. En el *mono-delirio* hay ideas delirantes que infieren perturbacion en las demás; en los *poli-delirios* la perturbacion se manifiesta primitivamente en todas las ideas.

Guislain, tratando de agrupar las diversas formas de los delirios parciales, admite cuatro tipos distintos: el *delirio acusador*, el *delirio de los inspirados*, el de los *metamorfoseados* y el de los *alucinados*.

El *delirio acusador*, propio de algunos melancólicos y particularmente de los maniacos melancólicos, se manifiesta por incesantes conatos de atribuir á otros los males imaginarios que anonadan el espíritu del enfermo. Todo cuanto se hace ó se dice alrededor de él, es para perjudicarle. Si se le saluda, es en sentido de burla ó de amenaza; si se habla de él, es para dañarle y si se le medica es para envenenarle.—V., pensionista en *Nueva-Belen*, aguardaba siempre con ánsia nuestra visita para darnos quejas de los criados. Cierto dia nos dijo que acababa de ser molido á palos por uno de los vigilantes: expuso tales pormenores del atropello, que no faltaban mas que los equímosis de los gol-

pes para dar fe á su acusacion. El acto, segun él decia, acababa de tener lugar momentos antes de llegar nosotros á la sala de reunion, y sin embargo, cuando entramos, el acusador se paseaba muy tranquilo. Conocíamos su manía acusadora, y no debiamos obrar fiados en sus palabras. Preguntamos á todos los circunstantes, que eran mas de cuarenta, y todos negaron que se le hubiese hecho la menor violencia. Visto el testimonio unánime de sus compañeros en contra suya, dijo: «*pues me habia equivocado.*»

El delirio de los *inspirados* comprende, los *mono-delirios: erótico, religioso, ambicioso* é *hipocondriaco.*

El mono-delirio *erótico*, se caracteriza por el hecho de que todas las ideas del enajenado giran alrededor de ciertos amores, de efectuados ó concertados matrimonios, de una gestacion imaginaria y cuyo término no llega jamás, etc.—N. no habia visto nunca á Emilio Castelar: pretendia, empero, estar casada con este eminente tribuno. A los que afectaban dudar de su matrimonio, respondia manifestándoles un pretendido abultamiento de su abdómen, que decia correspondia á una preñez adelantada. —Doña R., de sesenta y ocho años, soltera, de genio muy vivo, no cesaba de concertar su matrimonio: ora el aspirante á su mano era el médico Dr. M.; ora el practicante; ora uno ú otro de los criados; ora un primo suyo, ya muy anciano. Mil veces nos describió su plan de arreglo doméstico cuando estaria casada, plan que naturalmente variaba segun las condiciones del futuro marido.

El *monodelirio religioso* comprende, segun Guislain, el *monodemonodelirio* y el *teomonodelirio.*

El *monodemonodelirio* ofrece dos formas, que son: la *demonolatría* y la *demonofobia.*

Guislain dice que en nuestros dias son poco frecuentes los alienados que se consideran posesos del demonio y rinden adoracion al espíritu de las tinieblas. Así lo creeríamos nosotros, si debiéramos atenernos á nuestra clínica particular en *Nueva-Belen*, pues no hemos visto ningun enfermo en semejante estado; pero la circunstancia de que en los suburbios de Barcelona se haya levantado un edificio exprofeso—el de los *Penitentes*—para exorcizar á los endemoniados, en donde un fraile exclaustrado extraia los demonios, por medio de sendos latigazos, que naturalmente, antes de herir al diablo, debian dañar la sensibilidad de la persona continente, nos obliga á pensar que la *demonolatría* es mas frecuente de lo que parece.

Mucho mas comun es la *demonofobia*, ó sea el temor de estar condenado á las penas del infierno y de sufrir, ya en vida, los maleficios de Satán.—T., pobre mujer de treinta y cinco años, y de vida ejemplar, sentia la terrible influencia del espíritu maligno; percibia la fetidez sulfurosa que le indicaba la presencia de este; sentíase agarrada por los cabellos; mientras estaba acostada, veia la repugnante figura del demonio, y aun á veces sentia el ardor de las llamas infernales. Estas ideas producian una agitacion extrema; enflaqueció rápidamente; su fisonomía manifestaba un contínuo terror, y sus ojos estaban despavoridos. Curada, explicó todos los pormenores de su extraño delirio alucinatorio.

El *monoteodelirio*, ó *delirio religioso*, ofrece diferentes variedades: unos son elegidos de Dios para redimir el género humano y extirpar las herejías; otros son profetas cuya mision es anunciar la proximidad del juicio final; otros participan de la naturaleza divina, y su poder compite con el de Dios.—P. se creia llamado á sufrir los martirios de la pasion de Cristo; en cada persona y en cada objeto del manicomio, veia algo que se refería al asunto bíblico objeto de su delirio. En un marino, afectado de manía crónica, con delirio furioso, veia la persona del Divino Redentor. No hablaba, si este no se lo ordenaba. Procuraba hacerse digno de la ducha fria, para recibir una mortificacion agradable á Dios. Elegido para el martirio, se creia inmortal.

El delirio de los que Guislain llama *metamorfoseados*, puede presentar las siguientes formas: una de las mas comunes, es creer que habitan en un lugar distinto del en que realmente moran: esto es muy comun en los dementes y en los maniacos; otros cambian los dias del calendario; otros reconocen en algunos de sus compañeros de manicomio á sus parientes; otros, al ver una persona cuyo trato no les sea habitual, la confunden con alguno de sus antiguos conocidos: una jóven, maniaca furiosa, creia ver á su novio en un alumno de medicina que nos acompañaba en la visita, y afirmaba que *le reconocia en los tacones de las botas*; un jóven labrador, que habia creido reconocer su padre en otro de los pensionistas, entrado ya en convalecencia, al presentarle á su verdadero padre, costó mucho persuadirle del error en que estaba; fué preciso un careo comparativo para hacerle renunciar á este vestigio de su delirio; otros se creen inmensamente ricos; otros, tan altos, que su cabeza tocaria á las estrellas.—Hoy dia apenas se ven ejemplos de *zoantropía*. Estos eran muy frecuentes en la Edad media, efecto de las preocupa-

ciones religiosas. Los enfermos se creen trasformados en perros, lobos, gatos, etc., y en sus acciones hacen por imitar al animal en que se creen trocados. Creemos, con Guislain, que este delirio es una melancolía religiosa trasformada, que pertenece á la *melancolía desesperatoria*, y que, por lo mismo, tiene mucha afinidad con la demonolatría y con la demonofobia.

El *delirio alucinatorio* es el que tiene su razon de ser en los errores de la sensibilidad. Muchos alienados piden cambiar de cuarto, pues pasan la noche en vela, á causa de que en su habitacion hay personas que no cesan de hablar y hacer ruidos extraños; otros deliran porque se les presentan personajes extravagantes que les insultan: un alienado de *Nueva-Belen* estuvo tres años sin hablar, porque oia una voz celestial que le ordenaba silencio; á impulsos de esta misma voz, un dia iba á arrojarse al arroyo; una señora de sesenta y cinco años, pasaba las noches sin poder conciliar el sueño, aterrada por visiones fúnebres, que consistian en montones de féretros para encerrar el cadáver de un sobrino suyo, que afortunadamente goza de buena salud; un monomaniaco, en una enfermedad aguda que padeció, veia la Vírgen del Pilar que le administraba los medicamentos. Esta idea persiste aun hoy dia como único punto de su delirio. Algunos padecen de *pirofobia*, ó temor al fuego; por todas partes ven llamas é incendios que amenazan devorarles. En el delirio de los ebriosos, las alucinaciones consisten en visiones de ratas, insectos, arañas y otros animales asquerosos, que se posan sobre el cuerpo del enfermo, corren por las cubiertas de su cama ó brotan de las paredes. Este síntoma es uno de los mas característicos del delirio alcohólico.

Si bien se examina, el delirio, cuando no tiene su punto de partida en alucinaciones de los sentidos, revela una anomalía de la imaginacion, que peca por exceso de actividad. «La aptitud de las células, que se llama *imaginacion*, dice Poincaré, puede, por el mismo exceso de su perfeccionamiento, dar orígen á perturbaciones, que son tanto mas aparentes, cuanto mas sus productos son amplificaciones inverosímiles del mundo exterior. No hay cosa mas próxima á la locura que la poesía. En el momento en que el espíritu humano alcanza el mas alto grado de su poderío, es precisamente cuando se encuentra mas expuesto á desviarse..... Una imaginacion viva y poética, es ya una congestion, y de esta, se pasa fácilmente á la inflamacion.»

Para comprender la fisiología patológica del delirio, es indispensable recordar las propiedades funcionales de los elementos

anatómicos de la sustancia cortical. En las células de la capa mas superficial, afectas á la inteligencia, hemos reconocido un automatismo fisiológico, en virtud del cual les es dado entrar en accion de un modo espontáneo y sin el excitante funcional inmediato de las sensaciones, evocando impresiones, percepciones y juicios formados en otro tiempo y conservados virtualmente en estado de recuerdos. Este automatismo espontáneo de la inteligencia, se manifiesta, en un grado relativamente remiso, en el estado normal; mas, cuando, por cualquiera influencia morbosa, determinadas células cerebrales entran en eretismo patológico, su actividad funcional se multiplica extraordinariamente y el orgasmo de que se hallan poseidas se comunica á las inmediatas hasta un radio mas ó menos extenso. Entonces cesa la armonía en las operaciones intelectuales, y este desórden constituye cabalmente el carácter mas culminante del delirio. Las ideas brotan en tumulto; unas se confunden con otras, no hay ilacion en los juicios; multiplícanse los focos de produccion de percepciones y conceptos; los de un órden se amalgaman con los de otro órden; no hay categorías lógicas, la inteligencia es un torrente impetuoso en que el cieno se revuelve con las aguas; por esto la corriente es turbia; el cerebro es como un lago en que se echa un puñado de guijarros; fórmanse un sinnúmero de círculos de difusion que se subintran y destruyen mútuamente; en la inteligencia, como en la bóveda celeste en noche serena, fulguran á la par millares de ideas, por lo cual «el espíritu adquiere una movilidad y una irregularidad que le hace perder todos los derechos á la razon (1).»

Este mecanismo corresponde al delirio *general*, ó *difuso*. En la difusion de la excitacion encontramos la explicacion de la movilidad de las ideas. Lo contrario acontece en los delirios circunscritos, ó sistematizados: el eretismo iniciado en algunas células cerebrales, se propaga á corta distancia, y por consiguiente, solo un corto número—las que están mas próximamente relacionadas con aquellas en donde se originó la alteracion primitiva,—participan de la irritacion morbosa. Por lo mismo que la sobrexcitacion patológica ocupa una extension reducida, tiene mayor permanencia, y de ahí que las ideas sean fijas ó tenaces; razon por la cual son de curacion mas difícil los delirios parciales ó sistematizados, que los tumultuosos ó generalizados. Este hecho no es exclusivo de la patología cerebral: la erisipela, in-

(1) Poincaré, obr. cit. pág. 295.

flamacion que se propaga á una superficie muy extensa, se distingue por su movilidad; el panadizo, circunscrito á los tejidos rígidos de los dedos, rara vez abandona la region en donde se inicia, sin determinar la supuracion.

Explicada la anomalía funcional de las células, que determina una hipergénesis de percepciones falsas, se comprende la perturbacion de las otras operaciones intelectuales, pues las fibras comisurantes, que sirven para el enlace y ordenacion de las ideas, no conducen mas que elementos de error: de ahí la falsedad del juicio y del raciocinio.

La persistencia de esta irritacion funcional en las células cerebrales, da en ellas por resultado un desgaste material, análogo al que se observa, por ejemplo, en la fibra muscular obligada á un ejercicio excesivo. Entonces experimentan la degeneracion grasienta y pierden para siempre las propiedades vitales que las caracterizan; de donde que la demencia constituya la terminacion mas fatal de la manía.

Si, para dar una explicacion mas precisa del mecanismo del delirio, ponemos á contribucion los datos que nos ofrece la Anatomía patológica, lo primero que llamará nuestra atencion, será: que lesiones tan contrapuestas como la hiperemia y la anemia del cerebro, pueden dar lugar á unos mismos trastornos intelectuales. Veamos, empero, los cambios funcionales que corresponden á las diferentes alteraciones materiales que hemos estudiado en el cerebro.

La *hiperemia* ó *congestion cerebral*, puede ser *activa* ó *pasiva:* en el primer caso, la sangre lleva en sí misma elementos que excitan á la funcion á los tejidos con que se pone en contacto, y les coloca en las condiciones mas próximas á la inflamacion. Este aflujo de sangre en la zona cortical del cerebro, es causa de estimulacion funcional de las células intelectuales, y por lo mismo, de esa exorbitante proliferacion de ideas que se observa en el delirio generalizado. «Como esta sangre, que se puede comparar á un viento impetuoso, agita casi siempre al tálamo óptico al propio tiempo que al cerebro, aquel centro sensorial, cual otro volcan submarino, viene á aumentar la agitacion de esta mar embravecida, por las alucinaciones que engendra. Añade la inverosimilidad á la incoherencia de las ideas (1).» En semejantes circunstancias, el enfermo no duerme, porque el incesante estímulo que obra sobre los elementos cerebrales, no permite el

1) Poincaré, obr. cit., pág. 297.

reposo ó suspension fisiológica de las funciones encefálicas. El cerebro del delirante hállase en condiciones semejantes al de la persona á quien no se le permite que concilie el sueño privándola del silencio.

La *congestion pasiva* se manifiesta por un síndrome diametralmente opuesto al que acabamos de exponer: no es el delirio, sino el coma ó el estupor el fenómeno culminante. En este caso, no hay eretismo de las células cerebrales, sino una compresion mecánica por la sangre, que impide el ejercicio de aquellas. Todas las operaciones de la inteligencia, desde la percepcion y la memoria, hasta el discurso, se verifican con extremada lentitud. Si, en medio de esta obnebulacion psíquica, centellea alguna idea, esta queda reducida á un perímetro muy estrecho, pues la plétora cerebral se opone á la propagacion del movimiento funcional.

En el momento en que escribimos estas líneas, tenemos á nuestra observacion dos casos de hiperemia cerebral sintomática de afeccion cardiaca, que son ejemplos del chocante antagonismo del síndrome psicológico que corresponde á los dos géneros de congestion.—L. C., cajista de la imprenta de Ramirez, mal conformado de pecho, sufre una hipertrofia concéntrica de corazon: palpitaciones tumultuosas; pulso frecuente y ancho; en un principio, ensueños y pesadillas; desde anteayer, alucinaciones de la vista y oido, con plena conciencia del error de su sensibilidad; ayer empezamos á notar que el enfermo daba algun crédito á sus alucinaciones; la noche pasada ha tenido un delirio furioso de carácter alucinatorio, por el que ha sido preciso sujetarlo en la cama.—Ignacio es un jóven de 18 años que, desde el hospital, en donde entró por una enfermedad del corazon, fué traido á *Nueva-Belen*. Apenas se percibian los latidos; á duras penas se contaban solo 46 por minuto; ruido de fuelle en el sístole; diagnosticamos una lesion valvular. Coma tan profundo, que no habia estímulo capaz de dispertar al enfermo: seis sanguijuelas al ano; mixtura etérea; perlas de éter; gránulos de estricnina; diez centígramos de ergotina. A los dos dias, el corazon latía con mayor intensidad y frecuencia, coma mucho menos profundo; no podia sostenerse incorporado en la cama; continuó el tratamiento y la mejoría: hoy dia resta un ligero estado frenopático, con tendencia al estupor y al mutismo. Las duchas frias van produciendo excelentes resultados.

¿Por qué, segun hemos dicho, la *anemia* del cerebro da lugar á fenómenos frenopáticos análogos á los de la hiperemia activa?

Distingamos, en primer lugar, la *anemia general* y la *anemia local*. La *anemia general*, de que aquí se trata, no es tan completa que todas las partes del cerebro queden privadas del riego sanguíneo. La *anemia total* ocurre en las personas que mueren á consecuencia de copiosas hemorragias: entonces no hay fenómenos hiperfrénicos ni ideofrénicos, sino pérdida instantánea del conocimiento y abolicion absoluta de la inteligencia—*apoplegía nerviosa*.—Aparte de estos casos, la anemia cerebral no es nunca general, sino que ciertas regiones de la zona cortical, siguen recibiendo el debido contingente de sangre, y estas, naturalmente, son las únicas que se hallan en condiciones hábiles para entrar en accion. Su funcion, entonces se hace tanto mas evidente, en cuanto no existe el contrapeso de la funcion de las otras células pues estas carecen de aptitud psicológica, porque les falta el excitante trófico. De ahí el desórden de la inteligencia y el delirio.

Cuando existe una *trombosis* en las arterias del cerebro, tiene lugar una anemia local, que se traduce por apatía, indiferencia, debilidad de la memoria y del raciocinio y ensueños pesados. En este caso, como la trombose arterial tiende á generalizarse, las perturbaciones de la inteligencia marchan tambien en sentido progresivo. Privados de riego sanguíneo, y por consiguiente, de funcion, determinados puntos de la zona cortical, queda interrumpida la continuidad funcional á través de las redes de comunicacion de las células afectas á la inteligencia, y de este hecho no puede menos que resultar falta de armonía intelectual, ó sea el delirio. Mas, como la obstruccion de un vaso cerebral da lugar á que la sangre que no puede pasar por él afluya en mayor proporcion en los colaterales que no ofrecen obstáculo, resulta, que la trombosis, que en unos puntos da lugar á la anemia de la sustancia nerviosa, es causa de que en los inmediatos se efectúe una congestion, que da por resultado el eretismo funcional del territorio celular correspondiente. De ahí que, en estas circunstancias, haya debilidad en ciertas operaciones de la inteligencia y sobrexcitacion delirante en otras.

Cuando el obstáculo de la circulacion cerebral depende de un coágulo migratorio—*embolia*—la perturbacion de la inteligencia suele ser poco ó nada perceptible, pues, como el atascamiento tiene lugar en un vaso capilar, solo una region muy limitada de la zona cortical se halla en las condiciones de la anemia. En las embolias pigmentarias, por efecto de la difusion y atascamiento de los granitos melánicos en diferentes regiones de las redes ca-

pilares, el delirio es bastante general, pues el hecho de la anemia en una region con hiperemia colateral en las contiguas, ocurre en una vasta extension de la sustancia cortical.

Cuando hay una *inflamacion difusa* de la sustancia cortical—*periencefalitis difusa*—se presenta un estado de excitacion frénica, que solo es comparable á la agitacion maniaca mas intensa: delirio furioso, completa incoherencia, gritos, movimientos tumultuosos, agitacion extrema y alucinaciones incesantes, tal es el cuadro sintomatológico que corresponde á esta variedad de la cerebritis de la zona cortical, que frecuentemente subsigue á la congestion.

En la *encefalitis circunscrita*, el progreso flogístico comprende la sustancia gris y parte de la sustancia blanca de una region determinada. Tambien en su principio hay fenómenos hiperfrénicos é ideofrénicos generalizados, pues la flegmasía local va acompañada de una congestion difusa del cerebro, del propio modo que, en un flemon circunscrito, la tumefaccion se extiende á todo el miembro afecto. Cuando el trabajo inflamatorio ha llegado á su término, sobreviene el estupor y una marcada propension al sueño, con alguno que otro destello de delirio. La destruccion que han sufrido las células del núcleo inflamatorio, da cuenta del estupor, y la persistencia de cierto grado de hiperemia en las regiones vecinas, explica las ideas delirantes.

En rigor, no hay ningun fénómeno frenopático que corresponda al *reblandecimiento* cerebral, pues, siendo este el resultado de procesos morbosos diferentes, las alteraciones funcionales respectivas deben referirse á estos procesos y no al efecto de ellos. De ahí que algunos patólogos hayan negado que las lesiones de la sustancia del cerebro guarden proporcion con las alteraciones funcionales, pues se han visto casos de reblandecimiento cerebral sin trastorno de las funciones respectivas, y otros de parálisis, demencia, etc., sin reblandecimiento del cerebro. El reblandecimiento puede ser efecto de la inflamacion: es la *gangrena húmeda* del cerebro, ó para decirlo con mas exactitud, la *necrobiosis* de la sustancia cerebral; ó bien resulta de la obstruccion de los vasos nutricios, hecho análogo al de la *gangrena seca*. En estas lesiones es en donde debe buscarse la correspondencia de determinadas alteraciones funcionales.

La *esclerosis* se anuncia por fenómenos de depresion afectiva é intelectual, tales como melancolía, hiperestesia afectiva y debilidad de la memoria. Como la esclerosis de la sustancía cortical del cerebro verifica su invasion por placas, al formarse estas en

diferentes regiones, tiene lugar una inflamacion local, que se revela por el delirio ambicioso. De ahí resulta que, al paso que hay estupor en los puntos ya esclerizados, hay hiperfrenia en aquellos en donde comienza esta alteracion. Preséntanse, por consiguiente, simultáneamente fenómenos de depresion y de sobrexcitacion cerebral, que guardan proporcion con la marcha de las lesiones anatómicas.

Cuando la *hemorragia cerebral* va precedida de congestion, hay fenómenos de delirio ó de estupor, que constituyen el período prodrómico; al efectuarse el derrame, hay pérdida total de la inteligencia; ya á causa de la anemia que resulta de la súbita contraccion de los vasos capilares, ya por efecto de la hiperemia que tiene lugar por la parálisis refleja de los mismos, ya, en fin, por la compresion que sufre la totalidad de la masa encefálica cuando el derrame es algo copioso. Despues de la apoplegía, suelen quedar débiles la memoria y la inteligencia: esto depende de que aun persiste un resto de la compresion causada por la sangre extravasada, ó del reblandecimiento que se verifica en las inmediaciones del foco apoplético, ó, en fin, de la degeneracion que se apodera de las células de la sustancia cortical, por haberse roto las fibras convergentes que las unian al tálamo óptico. De ahí la demencia apopléctica. Si hay delirio, es á causa de que la sangre extravasada, obrando como cuerpo extraño, provoca un trabajo flogístico en la sustancia cerebral.

La lentitud con que se efectúa el desarrollo de las *neoplasias*, da lugar á que la sustancia cerebral se adapte gradualmente á la compresion que sobre ella ejercen los tumores, y es causa de que raras veces se observen trastornos frenopáticos por efecto de esta clase de afecciones. Sin embargo, las células de la sustancia cortical próximas al tumor, sufren con el tiempo una degeneracion secundaria, que se manifiesta por una debilidad pronunciada de las facultades intelectuales.

B.—Perturbaciones de la sensibilidad.

Las anomalías frenopáticas de la sensibilidad se pueden clasificar en tres grupos: 1.°, alucinaciones é ilusiones; 2.°, ausencia mas ó menos completa de la nocion del estado morboso que aqueja al individuo y 3.°, hiperestesia y anestesia.

1.°—Alucinaciones é ilusiones.

Llámanse *alucinaciones* á las sensaciones, externas ó inter-

nas, que el individuo percibe sin la intervencion de los excitantes especiales de los sentidos externos.

Las *alucinaciones* se distinguen de las *ilusiones*, en que estas tienen su orígen en impresiones reales sobre los órganos de los sentidos; mas, en semejante caso, son de tal modo modificadas por los aparatos cerebrales, que solo producen percepciones é ideas erróneas y, por consiguiente, diferentes de las que el excitante funcional de que se trata determina en las personas sanas.

La alucinacion es, por consiguiente, un fenómeno estético, al paso que la ilusion es una anomalía de una de las operaciones intelectuales. Importa, por lo mismo, estudiar separadamente las alucinaciones y las ilusiones.

Alucinaciones.—De este interesante punto de la sintomatología frenopática, uno de los que ha sido objeto de mas detenidos estudios y de mas empeñadas discusiones, trataremos poniendo á contribucion los conocimientos antiguos y modernos, y procurando armonizar las nociones fisiológicas que hemos expuesto, con la experiencia clínica.

El curso de las impresiones sensoriales, desde los órganos de los sentidos externos hasta lo íntimo de los aparatos cerebrales destinados á la percepcion y á la inteligencia, se descompone en diferentes etapas, comprensivas cada una: de la modificacion que experimentan las impresiones en los distintos grupos celulares, y de la trasmision de estas impresiones trasformadas, á través de las fibras de comunicacion, al aparato celular sucesivo. La primera etapa comprende la modificacion que el excitante exterior imprime en el elemento nervioso del sentido externo—*impresion*—y la trasmision de esta mutacion el núcleo correspondiente del tálamo óptico. Aquí comienza la segunda etapa, que consiste en la modificacion de que la impresion es objeto en las células del tálamo óptico, y en la propagacion de esta impresion, ya trasformada en *sensacion indeterminada*, por medio de las fibras córtico-ópticas, á las células de la capa superficial de la sustancia gris de los hemisferios. El último estadio de la impresion sensitiva se reduce á la trasformacion de la sensacion en idea del agente impresionante, metamorfósis que se verifica en las células de la capa cortical del cerebro. En este momento termina el fenómeno estético y comienzan las operaciones intelectuales, afectivas ó volitivas, expresadas ó no por los movimientos.

Cualquiera que sea el punto inicial de la impresion sensitiva, con tal que estén expeditas las vias de trasmision y en aptitud

de funcionar los aparatos nerviosos por donde aquella debe propagarse en su marcha centrípeta, el resultado final es siempre el mismo, ó sea una percepcion de las que proporciona el aparato impresionado. De aquí que la compresion del globo del ojo, dé por efecto la percepcion de círculos luminosos; que de la excitacion irritativa de los núcleos ópticos de los tálamos, resulten sensaciones visuales, y que el eretismo funcional de las pequeñas células de la zona cortical de los hemisferios, pueda ocasionar percepciones ópticas idénticas á las que resultan de la accion de los cuerpos que emiten luz sobre la retina.

De lo expuesto se infiere: 1.°, que puede haber sensaciones sin la accion directa de un excitante funcional específico en los sentidos externos; 2.°, que la excitacion, normal ó patológica, de cualquiera de los núcleos celulares del cerebro destinados á modificar las impresiones centrípetas, ó de sensibilidad, es suficiente causa para que se originen sensaciones, que son proyectadas al exterior y que, por lo mismo, pueden, para el individuo que las experimenta, tener el mismo valor objetivo que las provocadas por la accion de los excitantes especiales del respectivo sentido; 3.°, que, existiendo un aparato nervioso periférico para la impresion, anexo á cada uno de los órganos de los sentidos externos, así como un núcleo de recepcion y de modificacion de las impresiones correspondientes á cada uno de ellos, en los tálamos ópticos, trasformándolas luego en ideas, enlazándolas y convirtiéndolas en juicios y conservándolas virtualmente en estado de recuerdos, bastará que cualquiera de los mencionados núcleos de impresion y de trasformacion experimente una irritacion, funcional ó flogística, para que se verifique una sensacion de la misma especie que las que en el estado fisiológico determinan el excitante funcional específico, y 4.°, que, como una de las condiciones inherentes á toda sensacion es la exterioridad, las anormales, ó de carácter alucinatorio, el sugeto no podrá menos que referirlas á la accion de un agente que está fuera de él; á no ser que, suficientemente ilustrada su inteligencia, en lo relativo á estos errores de la sensibilidad, tenga bastante fuerza psicológica para reaccionar contra la imposicion de las sensaciones, rectificando los juicios que tales fenómenos estéticos anormales tienden á sugerir.

Los elementos de las alucinaciones pueden proceder de la memoria, de la imaginacion ó de ambas facultades á un tiempo. Esta distincion, establecida por Marcé, equivale á decir: que el tema de las sensaciones alucinatorias consiste en percepciones

conservadas al estado de recuerdos, ó en ideas creadas por la fantasía, en la misma época del delirio sensorial, ó en fin, en una mescolanza de recuerdos y de productos recientemente elaborados por la imaginacion. En efecto, en muchos casos las alucinaciones son la revivicencia de sonidos, voces, fisonomías, paises, olores ó impresiones tactiles que el individuo recibió en otro tiempo; impresiones que, por efecto de la intensa conmocion de las células en donde están retenidas con carácter de recuerdos, adquieren un carácter de *actualidad* y de *objetividad* tan subido, que, para el individuo que las percibe, en nada difieren de las sensaciones que provocaria la accion presente de los agentes exteriores sobre los órganos de los sentidos.—Al doctor Andral, al principio de su carrera, le impresionó tanto el haber visto, en la sala de diseccion, el cadáver de un niño en estado de descomposicion y ya pasto de gusanos, que al dia siguiente, al levantarse, acercándose á la chimenea para encender lumbre, volvió á ver el mismo cadáver y percibir el mismo olor infesto que despedia; semejante alucinacion se desvaneció al cabo de un cuarto de hora.—Cuando la imaginacion hace todo el gasto de los materiales de las alucinaciones, son estas mucho mas variadas y versan sobre objetos que apenas tienen análogos en el mundo real.—La señora afectada de monomanía dignataria, á quien nos hemos referido anteriormente, dice que ella es *digna de Dios*, porque frecuentemente habla con Dios, quien le manda use vestido blanco; en prueba de lo cual, añade: «en la plaza de la villa de Gracia, yo he visto un escrito firmado por Dios, que dice que yo soy la digna.»—A la maniaca de quien hemos hablado en la página 145, y á quien sus compañeras en el manicomio llamaban la *Castelara*, llegábanle diariamente emisarios que le informaban de cuanto pensaba y hacia D. Emilio Castelar. Eran tan claras sus alucinaciones, que la enferma daba cuenta del traje de los enviados y repetia punto por punto sus palabras.—En el tercer caso, esto es, cuando las alucinaciones proceden en parte de la memoria y en parte de la imaginacion, las ideas recordadas son como el disparo de las células de la inteligencia, que entran en un ejercicio de imaginacion mucho mas intenso que en las condiciones normales, de cuyo trabajo resultan, á su vez, sensaciones objetivas apartadas de los tipos naturales. Entonces se establece el verdadero *delirio alucinatorio*.—Un sacerdote demonofóbico nos decia: «Estamos al fin del mundo; la injusticia cunde por do quiera, porque el espíritu maligno anda suelto.—«¿Quién ha soltado al diablo»? repusimos.—«Esto habia de

suceder, porque lo dijo San Juan en el Apocalipsis: *et regnabunt cum Christo mille annos, et post mille annos, solvetur Satanas»* (alucinacion originada en la memoria).—*Yo, si quiere V. que le diga,*—esta frase éralé habitual á nuestro enfermo—he visto muchas veces al maligno espíritu y aun lo veo muy á menudo: es una sombra, un viento en figura de hombre, pero de color de aire, á veces le siento pasar *¡zás!* corriendo veloz delante de mí. Cierto dia pasaba yo por la Rambla, y frente al convento de Padres Trinitarios—hoy dia cuartel de la Guardia civil—ví en medio del paseo una silla encarnada; esta silla era el demonio (¿ilusion ó alucinacion?) por lo que, para huir de él, me arrimé á la acera y dí la vuelta por el otro lado; mas otro dia me alcanzó, y aplicándome los labios á la oreja, me dijo: «*mal haya quien te ordenó.*» Desde entonces no ha cesado de perseguirme. Otro dia, al salir la procesion del Pino, le ví atravesarse en la calle é impedir la marcha de la comitiva. Por lo tanto, *yo, si quiere V. que le diga,* yo creo que estamos al fin del mundo.»—Este desgraciado, cuyas alucinaciones ópticas y acústicas se revelan por el fragmento de conversacion que hemos trascrito, debia sufrirlas no menos trascendentales del gusto y del olfato, puesto que aprovechaba el menor descuido de los guardianes, para beber sus propios orines, deglutir sus excrementos, comer tierra, virutas y todo género de basura.

A pesar de todo, la distincion establecida por Marcè y adoptada tambien por Baillarger, respecto á la procedencia de los elementos de las alucinaciones, nos parece poco fundada, como lo prueba el haber sido objeto de un ilustrado comentario de M. Fournié, que creemos conveniente reproducir en extracto. Así como Baillarger define la alucinacion: «una percepcion sensorial independiente de toda excitacion exterior de los órganos de los sentidos y cuyo punto de partida es el ejercicio involuntario de la memoria y de la imaginacion,» Fournié niega la intervencion de la imaginacion, en razon á que esta facultad solo se pone en ejercicio mediante la excitacion de la voluntad: imaginar no es mas que establecer voluntariamente relaciones ficticias entre diversos elementos del pensamiento, y como las alucinaciones son fenómenos involuntarios, no pueden ser productos de la imaginacion. Por esto el mismo Baillarger, cayendo en una lamentable inconveniencia, se esfuerza en distinguir las alucinaciones de los productos de la imaginacion.

Tampoco queda bien definida la alucinacion atribuyéndola á un acto involuntario de la memoria, puesto que los actos in-

voluntarios de la memoria están dentro de las condiciones normales de las funciones psíquicas; ya hemos dicho que esta facultad podia ejercitarse con ó sin la intervencion de la voluntad: por consiguiente, si por alucinacion debiésemos entender el ejercicio involuntario de la memoria, todos estaríamos alucinados. La *involuntariedad* de los recuerdos, no es, pues, carácter propio de las alucinaciones, sino condicion que las es comun con las funciones normales de la memoria.

Desde este instante, en que sabemos que la diferencia entre los recuerdos normales involuntarios y las alucinaciones no estriba en la no intervencion de la voluntad, estamos encaminados para hallar la verdadera distincion entre unos y otras. Cuando recordamos involuntariamente en condiciones normales, tenemos conciencia de que en nosotros se verifica la sensacion subjetiva que constituye el recuerdo; pero en los alucinados, es tan intensa la impresion subjetiva del recuerdo, que el sugeto le atribuye carácter de exterioridad y, por consiguiente, le parece que la sensacion es objetiva. En una palabra, el que experimenta un recuerdo involuntario, conoce que siente *dentro de sí*, esto es, de un *modo subjetivo*; al que sufre alucinaciones, parécele que siente algo que está *fuera de sí*, es decir, que siente de un *modo subjetivo*. Por consiguiente, lo que distingue la alucinacion del recuerdo involuntario, consiste: en que en aquella, es tanta la intensidad de la impresion recordada, que, para el individuo, pierde la condicion de subjetividad y adquiere la de objetividad. Si, no obstante, algunos alucinados reconocen la índole subjetiva de sus impresiones, es porque interviene el juicio rectificando las sensaciones, razon por la cual semejantes rectificaciones no son frecuentes en sugetos de inteligencia vulgar, sino en personas de superior talento y de vasta instruccion.

De lo expuesto resulta: que la memoria es el único manantial de las alucinaciones, y como los recuerdos todos se pueden clasificar en unos que se refieren á las funciones de la vida de relacion, otros á las de la vida de nutricion y otros á las de la vida de reproduccion, Fournié propone clasificar las alucinaciones desde este mismo punto de vista, como el mas natural y el mas explicativo de su procedencia; comprendiendo las alucinaciones de la funcion lenguaje entre las del segundo grupo, ó de la vida de relacion, pues son recuerdos de sensaciones que resultan de la actividad voluntaria de nuestros órganos.

Ampliando estas ideas sobre el carácter de las alucinaciones del lenguaje, en que el enfermo oye voces fuera de él, trata de

demostrar que estas no dependen de anomalías del sentido de la audicion, sino de la alteracion funcional correspondiente al aparato cerebral que preside á la elocucion y que Fournié denomina *sentido del pensamiento*. En estas alucinaciones deberemos tener en cuenta la perturbacion de la memoria de las ideas y de la memoria de las palabras. No obstante, siempre y cuando habrá verdadera alucinacion de la palabra, esto es, en todos los casos en que el enfermo oirá palabras, y las comprenderá, la perturbacion de la memoria de las palabras, deberá necesariamente ir acompañada de perturbacion de la memoria de las ideas, porque, fisiológica ó patológicamente hablando, no puede comprenderse la palabra sino con esta condicion. Bajo este punto de vista, no es, pues, preciso establecer una distincion entre las dos memorias que constituyen el sentido del pensamiento. Pero puede suceder que la excitacion que provoca la alucinacion se ejerza de un modo mas intenso de parte del fenómeno sonoro que de parte del fenómeno volitivo: sobre el nervio auditivo, que sobre las fibras que reciben la accion directa de la inteligencia. El predomínio de la excitacion en uno ó en otro caso, hará que la alucinacion sea mas intensa en el fenómeno sonoro que en el acto volitivo y recíprocamente. Cuando la excitacion sensorial es muy viva, el enfermo oye la voz fuera de sí, puede apreciar el timbre, la tonalidad y la direccion de la misma: por lo general, á esta alucinacion de la palabra viene á asociarse una verdadera alucinacion del oido: el enfermo percibe diferentes sonidos y ruidos. Si, al contrario, la excitacion sensorial es menos viva, y la pulpa cerebral está mas excitada, la voz no parece que venga de fuera: el enfermo pretende que hay un interlocutor en su cabeza ó bien dice que le hablan en *idea*, en *pensamiento*, etc. Frecuentemente, los alucinados de esta última clase, han oido, desde el principio de la enfermedad, las mismas voces fuera de sí. Parece que la enfermedad comienza siempre por una excitacion sensorial mas viva. Estas alucinaciones, en que la excitacion sensorial parece que se afectúa exclusivamente sobre el acto que constituye las ideas, son precisamente las que Baillarger llama *psíquicas*.

Comentando las ideas de Fournié sobre las alucinaciones en general y sobre las de la palabra en particular, diremos: que en nuestro concepto, son las mas conformes con el raciocinio psicológico, y las que mejor se avienen con los hechos clínicos. Respecto á la fisiología de las alucinaciones de la palabra, es justo reconocer en este autor el mérito de haber puesto de relieve una

distincion clínica que, al parecer, habia pasado desapercibida por los frenópatas, esto es, que hay enfermos que oyen voces fuera de sí, y otros que perciben que les hablan en el entendimiento. Para confirmar este aserto, podríamos aducir diferentes ejemplos prácticos, pero renunciamos á hacerlo, á fin de que el lector no distraiga su atencion del hecho en sí, ni de la plausible explicacion que de él ha dado el eminente fisiólogo.

Una de las condiciones mas importantes de las alucinaciones, es la propension á *asociarse* recíprocamente las que corresponden á diferentes sentidos, reforzándose de esta suerte los juicios erróneos que estas aberraciones de la sensibilidad engendran, y por lo mismo, afianzándose el delirio. Un enfermo no ve mas que atahudes y nichos para encerrar su cadáver; son visiones molestas, que tal vez aun no hacen mella en su razon; despues, al propio tiempo que continúan las referidas alucinaciones ópticas, oye voces que sin cesar repiten: *prepárate, tu hora está próxima; mañana serás ajusticiado*. Ante este doble testimonio de la sensibilidad, la razon se dobla, pues no tiene fuerza para contrarestar el error, y queda establecido el delirio.

Otra circunstancia que merece consignarse por el valor que tiene desde el punto de vista de la teoría del orígen sensorial cerebral de las alucinaciones, es que estas, en ciertos casos, son unilaterales. Hay individuos que solo están alucinados de un oido ó de un ojo, pues solo perciben ruidos ó impresiones ópticas anormales por uno de los órganos del respectivo sentido. Si la alucinacion fuese de orígen intelectual, no se comprenderia esta unilateralidad, la cual se explica satisfactoriamente admitiendo que la causa de la anomalía reside en uno de los tálamos ópticos, ó en el órgano del sentido externo correspondiente.

Hay casos en que la sensibilidad está dislocada, pues el enfermo cree oir ó ver por el abdómen ó por el pecho; estas alucinaciones suelen estar ligadas á un delirio hipocondriaco ó histérico y por lo comun, reconocen un orígen intelectual.

Lo dicho es suficiente para poder juzgar del valor de las teorías fisiológicas que se han emitido para interpretar el mecanismo de las alucinaciones. Estas teorías se pueden reducir á tres: 1.ª, la de los que consideran que las alucinaciones resultan de alteraciones morbosas en los órganos de los sentidos externos; 2.ª, la de los que les atribuyen un orígen puramente intelectual; y 3.ª, la de los que las suponen causadas por una perturbacion de los centros nerviosos afectos á la sensibilidad.

Darvin y Fowille, partidarios del orígen periférico de las alu-

cinaciones, apoyan su doctrina en la especificidad de la sensibilidad correspondiente á los aparatos de los sentidos externos, que hace que la retina no pueda dar mas que impresiones luminosas, así como el nervio auditivo solo sensaciones acústicas; si existe esta especificidad en los nervios—de lo cual no puede dudarse, pues su compresion produce respectivamente impresiones de luz ó de sonido, aun cuando no haya cuerpos luminosos que obren sobre la retina, ni vibraciones sonoras que actúen sobre el laberinto,—es evidente, dicen, que á ella debe referirse la causa de las alucinaciones.

Esquirol creia que todas las alucinaciones dependen de una anomalía funcional de la inteligencia, y que, por lo mismo, están ligadas á una alteracion del espíritu, y no á una lesion sensorial. Fundábase en el hecho de haber observado ciegos y sordos afectados respectivamente de alucinaciones ópticas y acústicas. Podria tambien alegarse que los amputados acusan dolores en el segmento de miembro que les ha sido separado. En semejantes casos, las alucinaciones no pueden tener un orígen periférico, pues ya no existen los aparatos de innervacion anexos al sentido. Falret, afiliado á la doctrina de Esquirol, considera que las alucinaciones resultan de una enfermedad de la imaginacion, y explica su genealogía diciendo, que la memoria proporciona los materiales de la sensacion, la imaginacion los colora, y así los recuerdos se trasforman en imágenes, que luego son empujadas hácia el mundo exterior. El vigor de la imágen depende de que la voluntad es poco enérgica; sin embargo, para que haya alucinacion, cree que es además indispensable que esté alterado el juicio.

La tercera teoría, que atribuye el orígen de las alucinaciones á una alteracion de los centros sensiorales del cerebro, es la que en la actualidad cuenta mayor número de prosélitos, entre los que figuran Virchow, Bergmann, Griesinger y Luys.—Virchow se expresa en estos términos (1). «Ver aun, no es pensar; pero el pensamiento puede ser producido, ó por mejor decir, ocasionado por la vision, bien tenga esta lugar por medio del ojo ó por la ereccion de los órganos de la sensibilidad, como sucede bajo la accion de los narcóticos ó de otras sustancias excitantes. Las operaciones de la inteligencia se efectúan del mismo modo en ambos casos, en la sensacion objetiva y en la sensacion subjetiva, puesto que una y otra, aun cuando sean de orígen diferente,

(1) Citado por Poincaré; obra citada.

tienen igual grado de realidad interna. Por esto el visionario da á sus visiones subjetivas el mismo sentimiento que á sus visiones objetivas.»—Luys, consecuente con su doctrina anatomo-fisiológica de los centros nerviosos, localiza las alucinaciones en los centros de los tálamos ópticos.—Bergmann supone que las alucinaciones ópticas dependen de una lesion de las paredes laterales del ventrículo medio, así como las acústicas de una alteracion en el suelo del cuarto ventrículo.—Fowille, que niega en absoluto el orígen intelectual de las alucinaciones y sostiene que dependen de una modificacion morbosa de los centros nerviosos ó de los aparatos de los sentidos externos, cree que la mayor parte de las de carácter acústico son causadas por una alteracion del cerebelo.

La doctrina que hemos expuesto relativa á la marcha de las impresiones sensitivas á través de los aparatos nerviosos del cerebro, nos pone en el caso de no poder suscribir en absoluto ninguna de estas teorías y reconocer que todas pecan de exclusivismo; no obstante lo cual, en cada una de ellas hay un fondo de exactitud. En efecto, la razon y la experiencia enseñan que, así como ciertas alucinaciones simplicísimas—escotomas, fosfenas, etc.,—tienen su orígen en una aberracion del aparato del sentido externo, otras se forman en los tálamos ópticos, mientras que otras son producto de la imaginacion, ó si se quiere precisar su asiento, surgen de las células de la zona cortical.

Si algo faltase para explicar el mecanismo de las alucinaciones de orígen intelectual, bastaria considerar que, así como en el estado fisiológico las impresiones se propagan, por medio de las fibras córtico-ópticas, desde los tálamos ópticos hasta las células de la capa superficial de la zona cortical de los hemisferios, cuando estas últimas son asiento de un vivo eretismo funcional, la conmocion de que se hallan afectadas marcha en sentido inverso y se dirige á los tálamos, para producir sensaciones de la misma especie que las ideas generadoras y con un carácter de actualidad y de exterioridad que permite confundirlas con las sensaciones directamente provocadas por los excitantes externos. Semejantes anomalías de las funciones cerebrales no deben sorprendernos, pues, si se examinan detenidamente, no son mas extraordinarias que las que la Patología descubre en la motilidad, en la circulacion, en las secreciones, y en general, en las otras funciones, así de la vida orgánica como de la vida animal. Si el delirio puede nacer á consecuencia de una irritacion primitiva de los tálamos ópticos que deuteropáticamente retumba en las células de la

sustancia cortical, ¿por qué la irritacion de estas no puede retumbar en las de los tálamos ópticos, despertando sensaciones alucinatorias?

La teoría mixta de las alucinaciones, que hemos admitido por ser la mas conforme con la Fisiología y Anatomía normales y con la Clínica, explica satisfactoriamente la asociacion de las alucinaciones correspondientes á diferentes sentidos. Por lo mismo que estas se trasforman en ideas, en las células de la sustancia cortical, las fibras comisurantes establecen relaciones entre las sensaciones anormales referentes á un mismo órden de ideas, del propio modo que, en el estado fisiológico, determinadas sensaciones ópticas, acústicas, tactiles, olfativas y gustales se enlazan recíprocamente en las operaciones de la inteligencia.

No hay sentido que no pueda alucinarse; pero las alucinaciones acústicas son, al parecer, las mas frecuentes, puesto que entre 58 casos de alucinaciones limitadas á un solo sentido, que figuran en una estadística presentada por Michea, hay: 27 correspondientes al oido, 24 á la vista, 4 al tacto, 2 al gusto y 1 al olfato. Entre 106 casos que comprende la totalidad de la mencionada estadística, cuéntanse 48 de alucinaciones limitadas á un solo sentido y 58 en que la anomalía de la sensibilidad se extendia á dos ó mas sentidos. Los 48 casos de alucinaciones complexas, están distribuidos del siguiente modo: 27 de vista y oido; 6 de vista y tacto; 1 de oido y tacto; 1 de vista y gusto; 1 de oido y olfato; 1 de olfato y tacto; 5 de oido, vista y tacto, 1 de oido, olfato y tacto; 1 de vista, oido y tacto y 4 de vista, oido, olfato y tacto.—Es notable que en esta estadística no figure ningun caso de alucinacion simultánea de los cinco sentidos, de lo cual nosotros hemos visto mas de un ejemplo en casos de locura histérica.

Bien que las alucinaciones constituyan uno de los fenómenos mas frecuentes de la alienacion mental, no es raro observarlas en el estado de razon. Verdad es que comunmente preceden á la locura, constituyendo uno de sus síntomas prodrómicos; entonces, antes de declararse la enfermedad mental, el sugeto pugna contra los errores de su sensibilidad, oponiendo á las alucinaciones el testimonio de sus sentidos sanos, de su experiencia y de su ciencia, con cuyos elementos se esfuerza, y hasta al principio logra rectificar los juicios que sugieren las sensaciones morbosas; pero, desde el punto en que, por su intensidad y tenaz persistencia, las alucinaciones llegan á subyugar las facultades

reflectivas, queda establecida la alienacion mental, y el delirio de la sensibilidad se trueca en delirio de las ideas.

Entre los hechos históricos de alucinaciones en personas cuerdas, bastará citar los siguientes: Sócrates tenia su *demonio familiar*, que le servia de guia y que incesantemente le hablaba; el Tasso solia conversar largos ratos con su ángel custodio; Goethe veia flores ideales que arrojaban yemas fantásticas; Walter-Scott vió la sombra de su amigo Byron en los pliegues de una cortina; Juan Paul, la cabeza de una jóven que miraba hácia abajo desde una ventana; Benvenutto Cellini, en sus alucinaciones, veia el sol; Van Helmont, el alma, en forma de una luz con cara de hombre; Botex refiere el caso de un empleado de una cervecería de Estrasburgo, á quien le bastaba inclinar la cabeza hácia la izquierda, para oir la voz de una jóven, á quien jamás habia visto, la cual, entre otras cosas, le hablaba de su matrimonio, pedíale dinero, y le amenazaba entregarle al diablo si no satisfacia sus exigencias. Este sugeto solia reirse de sus propias alucinaciones, á las cuales no daba el menor asentimiento. Walter-Scott, en su *Historia de la demonología y de la brujería*, refiere el ejemplo de un jurisconsulto que habia caido en una profunda melancolía, despues de haber estado durante muchos años abrumado por extrañas visiones: en un principio, no se apartaba de su vista un enorme gato negro; despues el gato fué reemplazado por un personaje, que parecia un ugier y, por último, este fué sustituido por un esqueleto. Atormentado por estas visiones, el enfermo murió de marasmo.—Nosotros visitabamos al Sr. U., propenso á congestiones cerebrales, que muy á menudo experimentaba alucinaciones ópticas, consistentes en diablillos ó figuras extravagantes, que le hacian muecas y saltaban por las paredes; semejantes visiones, cuya naturaleza comprendia, lejos de apenarle, solian causarle una hilaridad extraordinaria.

Es de grande interés clínico estudiar las relaciones de los estados frenopáticos y las alusiones sensoriales. No están contestes los autores en punto á la frecuencia relativa de estas anomalías de la sensibilidad en las enfermedades mentales; pues, al paso que, segun Esquirol, hay 80 alucinados por cada 100 vesánicos, Brandy encontró solo 56 entre 145 asilados en Bicetre, y Michea 106 entre 206 casos pertenecientes á diferentes formas de alienacion.

De las estadísticas recogidas con el objeto de averiguar la frecuencia y carácter de las alucinaciones en relacion con las formas mentales, resulta:

1.° Que, segun Aubanel y Thore, en 87 casos de delirio parcial, se contaron 47 alucinados y, segun Brièrre de Boismont, entre 303 monomaniacos, habia 248 afectados de estados alucinatorios que, en general, tenian de particular, ser sus sensaciones muy claras y determinadas;

2.° Que, segun Michea, por cada 10 casos de estupidez, hay 3 con alucinaciones confusas, incoherentes y terroríficas;

3.° Que, en 229 casos de manía, recogidos por Brièrre de Boismont, se contaban 178 con alucinaciones é ilusiones, predominando estas últimas y siendo, tanto unas como otras, fugaces é indeterminadas;

4.° Que, en 82 casos de demencia, se encuentran 41 con alucinaciones pueriles é incoherentes;

Y 5.° Que, en 47 casos de manía paralítica, habia 37 con alucinaciones é ilusiones, siendo aquellas poco intensas y ejerciendo escasa influencia sobre el carácter general del delirio.

Del exámen de las condiciones individuales y causas predisponentes de las alucinaciones, resulta: que aquí, como en todos los estados neuropáticos, el influjo de la *herencia* ocupa el primer lugar. Para declararse en pro de la existencia de esta causa, no es indispensable que las alucinaciones figuren en la historia morbosa de los ascendentes: basta que en ella se encuentre una enfermedad nerviosa cualquiera.

No hay *edad* que esté exenta de alucinaciones: por mas que parezca extraño, estas son bastante comunes en la infancia. Vénse niños de teta, que apenas son presa de cierto movimiento febril, manifiestan, con gritos extraños y con movimientos bruscos, que se hallan bajo el influjo de las alucinaciones.

La estadística no ha establecido diferencias en punto á la frecuencia de las alucinaciones en los dos *sexos*; lo único que puede decirse, es que las de carácter erótico son mucho mas comunes en la mujer que en el hombre.

Respecto á las *influencias cósmicas*, la observacion enseña que las temperaturas extremas, tanto de calor como de frio, favorecen los estados alucinatorios.

No puede dudarse que las *influencias morales* ejercen una accion muy poderosa en el desarrollo de las alucinaciones. Las supersticiones y las preocupaciones sociales han tenido siempre el privilegio de formar gran número de alucinados. El carácter de las alucinaciones dominantes en la poblacion de los manicomios, bastaríale á un observador sagaz para formar juicio de la marcha de las ideas y sentimientos de la humanidad. El fanatis-

mo religioso de la Edad media, produjo un número extraordinario de demonomaniacos, zoántropos y visionarios místicos. Cuando cobraron gran prestigio las ciencias ocultas y la Alquimia, abundaron los hipocondriacos, cuyo temor era los filtros y hechizos. En tiempos de Mesmer, fueron frecuentes las alucinanes tactiles, que los enfermos referian á corrientes magnéticas. En la actualidad recibimos muchos maniacos, monomaniacos y melancólicos que evocan los espíritus, los cuales, ora se manifiestan como *rapping-mediums*, cuya presencia se indica por medio de golpes y ruidos, ora como *wrighting-mediums*, que dan muestras de su actividad por medio de escritos, ora, en fin, con el mas determinado carácter de *speaking mediums*, ó *mediums* que hablan. No es menos notable la epidemia alucinatoria que, despues de la guerra franco-prusiana se ha observado en las riberas del del Rhin. En la Alsacia y en el ducado de Baden, gran número de personas han sufrido una alucinacion que consistia en ver en los puntos mas culminantes, como en las crestas de las montañas, en las azoteas y en las veletas de los campanarios, cruces, vírgenes, cañones, zuavos, turcos, espadas, calaveras, buques acorazados y demás objetos religiosos ó bélicos. Estas alucinaciones eran fruto del terror que la tremenda guerra habia sembrado en los mencionados paises.

«Los poderes sobrenaturales que han figurado en las diferentes epidemias morales, segun la época, han sido: Apolo, Hécato ó cualquiera otra divinidad del paganismo; el demonio, los ángeles, los santos ó la divinidad; despues, á medida que el sentimiento religioso se ha ido entibiando en los tiempos modernos, esos poderes han sido los flúidos hipotéticos que la ciencia ha supuesto y hasta las mismas fuerzas elementales de la materia (1).»

Si causas morales de influencia epidémica son abonadas para dar orígen á alucinaciones de diferentes formas, compréndese que el propio efecto han de producir los relatos terroríficos, las lecturas fantásticas, las emociones muy vivas, las pasiones exaltantes ó deprimentes, las pérdidas de personas ó de intereses, los espectáculos trágicos y demás agentes del órden afectivo que pueden actuar sobre el individuo.

Existen ciertos *estados fisiológicos*, como los ensueños y el intermedio entre la vigilia y el sueño, así como otros decididamente *morbosos*, en que las funciones del cerebro se hallan mas

(1) Despine, obra citada, pág. 768.

ó menos directamente comprometidas, los cuales ejercen marcadísima influencia en la determinacion de las alucinaciones.

La mayor parte de los *ensueños* que sobrevienen en estado de salud, dejan huellas tan someras, que al despertar apenas conservamos de ellos un vago recuerdo. No obstante, en otros casos, por cierto muy comunes en las personas afectadas de cardiopatías, son tan profundas y fijas estas imágenes, que persisten bastante tiempo despues del sueño y aun algunas veces se conservan indefinidamente con todo el carácter de alucinaciones. Se ven sugetos propensos á ensueños de esta clase, cuya razon nada ofrece de anormal, mientras no se evoca el recuerdo de lo soñado: entonces las impresiones anómalas adquieren tal carácter de actualidad, que se declara el estado alucinatorio y el consiguiente delirio. ¡Cuántas veces el delirio frenopático estalla por la impresion causada por un ensueño!

Baillarger ha hecho observar que en las personas que habitualmente sufren alucinaciones, el estado de somnolencia que precede ó subsigue al verdadero sueño influye poderosamente para determinarlas. Algunos no las padecen sino cuando cierran los párpados ó estando en la oscuridad; estas alucinaciones podrian llamarse *hypnagógicas* ó *nictagógicas*. A otros afectados de alucinaciones ópticas, les basta cerrar los párpados ó privarse de luz para que se desvanezcan sus visiones: en este caso las alucinaciones podrian llamarse *emeragógicas*.

La *hiperemia cerebral*, sea pasajera ó precursora de la apoplegía, suele acompañarse de alucinaciones ópticas ó acústicas. Hay enfermos que reciben aviso de la inminencia del ataque congestivo por la aparicion de estas anomalías de la sensibilidad, circunstancia que no debe echar en olvido el práctico, á fin de no desperdiciar la ocasion de establecer la consiguiente profiláxis. Tambien hay alucinaciones é ilusiones en la encefalitis y en la meningo-encefalitis, pero en estos casos aquellas son poco notables, porque se confunden en medio del cortejo de síntomas agudos que caracterizan la afeccion.

Todas las causas de *debilidad*, como las hemorragias, la privacion de alimentos, etc., que en último resultado conducen á la anemia, tienen una influencia de las mas decididas en la produccion de las alucinaciones: lo que en la página 151 hemos dicho respecto al desequilibrio de la circulacion cerebral en la anemia, basta para explicar la patogenia de las alucinaciones sobrevenidas en estas circunstancias.

Ya hemos visto que la *fiebre*, en los niños, provoca frecuente-

mente alucinaciones sensoriales; lo propio acontece en los adultos: el movimiento extraordinario de la circulación causa una hiperemia en la sustancia encefálica, suficiente á dar cuenta de estas aberraciones de la sensibilidad, que se desvanecen en el instante en que remite la calentura. Apenas hay enfermedad febril en que no puedan presentarse alucinaciones: así, se ven en el tifus, en la fiebre tifoidea, en la peste, en la viruela, en las intermitentes, en la erisipela de la cara, en la pneumonía, en la tísis pulmonar, etc.

Las alucinaciones se observan frecuentemente, á título de complicacion, en las *neurosis*.

En la *epilepsia*, unas veces aparecen como fenómeno precursor, que tiene la misma importancia semeiótica que el *aura*, y consisten en visiones de objetos luminosos ó de sombras que se extienden y acrecientan, ó bien en ruidos extentóreos ó lejanos, ó, en fin, en percepciones olfativas mas ó menos extravagantes. En otros casos las alucinaciones subsiguen al ataque convulsivo, y entonces suelen ser visiones ó voces extrañas, que provocan el delirio impulsivo, frecuentemente de consecuencias desastrosas.

En ningun caso son tan generales las alucinaciones como en el *histerismo*, siquiera no tenga condiciones de vesania. Histéricas hay que, durante los ataques, ven todos los objetos de color verde, amarillo ó encarnado; otras se quejan de zumbidos de oidos ó de un retintin metálico agudo que incesantemente las molesta; otras se sienten incomodadas por olores fétidos que apenas tienen análogo en el mundo real; otras ofrecen extraordinarias aberraciones del sentido del gusto, y por último, no faltan enfermas que padecen las mas extrañas alucinaciones tactiles. Ya hemos dicho que nosotros hemos visto algunos casos de histerismo maniaco con alucinaciones de todos los sentidos.

Marcé ha sido el primero que ha hecho notar que la *corea* se complica algunas veces con alucinaciones de la vista, siendo muy raras las del oido y del tacto. Las visiones de los coréicos suelen aparecer en el momento de conciliar el sueño ó al despertar, y consisten en objetos fantásticos ó terroríficos, como calaveras, nichos, cementerios, brujas ó animales fieros. Al abrir los ojos el enfermo, los fantasmas persisten algunos instantes, pero despues se desvanecen, no sin dejar como vestigio una profunda impresion de terror en el paciente. Como en la epilepsia, pueden preceder al ataque ó bien presentarse durante el paroxismo; en este último caso, suelen ir acompañadas de agitacion, debilidad de memoria ó estupor. Cuando las alucinaciones se desvanecen, es-

indicio favorable, pues indica que la convulsion no tendrá mucha intensidad. La persistencia debe hacer recelar que la enfermedad vendrá á parar en un delirio maniaco.

El valor semiótico de las alucinaciones, varía segun las condiciones del caso clínico; así, las que dependen de la calentura, no añaden ni quitan gravedad, pues se sabe que desaparecen cuando cesa la fiebre. Tampoco tienen grande importancia pronóstica, ni en la manía ni en la melancolía, pues su existencia está subordinada á la marcha de la enfermedad mental; lo mismo puede decirse de las que sobrevienen en la manía paralítica, las cuales suelen desvanecerse al terminar el primer período de esta afeccion. Cuando, empero, las alucinaciones se presentan en el delirio sistematizado ó en la monomanía, constituyen una señal de mal agüero, por cuanto indican que la enfermedad será muy rebelde y por lo comun incurable.

Las alucinaciones acústicas son mucho mas rebeldes que las ópticas; aquellas tienen tambien mayor fijeza. Las que afectan un solo sentido, se curan mas fácilmente que las que son de orígen múltiple; estas últimas, cuando son primitivas, conducen mas comunmente al delirio que las primeras, á causa de que están tambien alucinados los sentidos que debieran emplearse en rectificar el error.

Cuando las alucinaciones preceden al delirio, son mas fáciles de curar que cuando subsiguen á este; lo que da lo mismo que decir, que las de orígen sensorial son mas favorables que las que son producidas por la sobrexcitacion de las ideas.

Cuanto mas crónicas, las alucinaciones son tanto mas difíciles de extirpar, pues con el tiempo parece que el error se connaturaliza en el espíritu, borrándose los recuerdos que podrian contrarestarle.

Por último, la gravedad de las alucinaciones depende, en muchos casos, de los actos delirantes á que pueden conducir, como el suicidio, el homicidio, el incendio, etc. Las de carácter imperativo, en que el enfermo oye voces sobrenaturales que ordenan sus actos, son sumamente temibles por este concepto.

Entre las sustancias tóxicas susceptibles de provocar alucinaciones, M. Moreau ha hecho un estudio especial de los efectos del haschisch, cuya accion fisiológica se caracteriza por los ocho síntomas siguientes: sensacion de bienestar, disociacion de las ideas, errores sobre el tiempo y el espacio, desarrollo de la sensibilidad acústica, ideas fijas y conceptos delirantes, reaparicion de sentimientos pasados, impulsos irresistibles y alucinaciones é

ilusiones. Sabido es, que Alejandro Dumas, en su novela el *Conde de Monte-Cristo*, ha poéticamente exagerado los efectos del extracto del *cannabis inclica*. Como diremos al tratar de la Terapéutica, nosotros hemos utilizado ventajosamente la accion de este medicamento para la curacion de ciertas vesanías.

Del plomo, del ácido carbónico, del protóxido de ázoe, del óxido blanco de arsénico, del alcanfor, de la nuez vómica, del sulfato de quinina, de la digital, del beleño, del estramonio, de la mandrágora, del café, del opio y del alcohol, no trataremos en este lugar, como agentes susceptibles de determinar ciertos estados alucinatorios, pues su accion fisiológica corresponde á la terapéutica general y de las propiedades de algunos de los citados medicamentos deberemos ocuparnos en otra seccion.

El *diagnóstico* de las alucinaciones es en algunos casos muy difícil. Cuando la inteligencia está completamente subyugada por las alteraciones sensoriales, nada mas fácil que descubrir la alucinacion en las quejas y gestos del enfermo. Lo que no siempre es posible, aun en estos casos, es saber si las anomalías de la sensibilidad, son primitivas ó si reconocen su orígen en la perturbacion de la inteligencia. Hay enfermos que disimulan sus alucinaciones y que aun niegan rotundamente que las padezcan. En semejantes circunstancias, es preciso observar al alienado sin que lo advierta: los soliloquios, los gestos y los movimientos de la fisonomía en actitud de atender á un interlocutor invisible, son indicios de que el enfermo está alucinado. No obstante, si, faltando todos estos signos, el paciente acusa voces ó visiones extra-naturales, no deberá vacilarse en creer en las alucinaciones, pues es muy raro que los locos añadan síntomas frenopáticos á título de simulacion. El loco mas bien disimula, que simula.

Ilusiones.—A Esquirol pertenece la honra de haber establecido una distincion bien característica entre la alucinacion y la ilusion. En la *alucinacion* la percepcion es puramente subjetiva, pues no hay excitante especial de la sensibilidad; en la *ilusion* hay una impresion objetiva, pero esta sugiere una percepcion errónea. ¿Es, empero, la ilusion una perturbacion del juicio? ¿O depende, como la alucinacion, de una anomalía de la memoria? Nosotros, adoptando las ideas de Fournié, creemos que la ilusion, como fenómeno cerebral, no difiere de la alucinacion sino en el concepto de que esta última es un recuerdo involuntario sugerido espontáneamente, esto es, sin intervencion de un excitante exterior; mientras que las ilusiones, son tambien recuerdos invo-

luntarios, pero evocados por una impresion objetiva mas ó menos semejante á la percepcion recordada. Tienen de comun la ilusion y la alucinacion la falta de nocion de subjetividad, solo que en esta, cuanto el enfermo objetiva es subjetivo, mientras que en aquella, en la cosa objetivada hay parte de subjetivo y parte de objetivo: es objetiva, la excitacion periférica de la sensibilidad; son subjetivos las caractéres que se atribuyen á esta excitacion.—Un melancólico de Nueva-Belen, cada vez que tocaba la campana de la iglesia contigua, solia decir: «¿Oye V. estas voces?»—«¿Qué voces?»—«Estas que dicen: *esta tarde, á la tres, subirás al cadalso.*» En este enfermo, lo objetivo era el tañido de la campana, que el paciente no lo percibia como tal, sino como una voz; lo subjetivo era la cualidad de voz humana que el enfermo atribuia al sonido de la campana, cualidad que no estaba en el sonido, sino en la mente del ilusionado: era un recuerdo involuntario objetivado, que la vibracion del bronce evocaba en el cerebro de este individuo.

Hay ilusiones que, por lo mismo que se observan en condiciones de salud, se denominan *naturales*: cuando vamos en un vehículo, parece que los árboles corran en direccion opuesta á la que nosotros llevamos; la luna nos parece un disco; por el espejismo vemos dislocados los árboles, las casas y las montañas. Todas estas impresiones son ilusiones, que no pueden menos que llamarse *naturales*, puesto que están en las condiciones normales de nuestra organizacion; mas, como la experiencia nos provee de elementos intelectuales para rectificar los juicios que de tales sensaciones resultan, no puede por ellas establecerse el error morboso y, por consiguiente, desde el punto de vista de la Medicina mental, no constituyen un síntoma.

Reduciéndose á recuerdos provocados por un excitante exterior, las alucinaciones propiamente dichas son susceptibles de la misma clasificacion que Fournié ha propuesto para las alucinaciones; esto es: de las funciones de la vida de relacion, de las de la vida de nutricion y de las de la vida de reproduccion.

Las ilusiones de las funciones de la *vida de relacion* son las que reconocen su orígen en la excitacion objetiva de los órganos de los sentidos externos, ó por mejor decir, en la incitacion de las regiones del cerebro donde se conservan las respectivas impresiones proporcionadas por estos sentidos. En el estado de eretismo de las células cerebrales, las impresiones objetivas dan por resultado sensaciones que concuerdan generalmente con las ideas delirantes.

Corresponden, por lo tanto, al grupo que estudiamos: las ilusiones *ópticas*, las *acústicas*, las *tactiles*, las *olfatactivas* y las *gustuales*.

Las ilusiones *ópticas*—al contrario de lo que se observa respecto de las alucinaciones—son mas frecuentes que las acústicas. Pueden presentarse en todas las formas mentales; pero rara vez faltan en la manía. Refiérense á la configuracion, al color, á la posicion, á la magnitud y al número de los objetos. Los enfermos confunden unas personas con otras; en sus compañeros de manicomio suelen reconocer uno ó mas individuos de su familia. Otros, atribuyendo gran valor á los objetos mas despreciables, emplean afan extraordinario por recoger cacharros, piedrecitas, retazos, cortezas, etc., y sostienen que poseen un gran tesoro. Los afectados de manía de persecuciones, en todo cuanto se hace ó dice á su alrededor no ven otra cosa mas que conatos de dañarles; si se habla, es contra ellos; si se hace un gesto, es una befa ó una amenaza, etc.—Un jóven farmacéutico, en un oficio que recibió de una corporacion científica, participándole que habia sido agraciado con un premio, por cierto trabajo literario, no supo ver mas que una terrible amenaza del presidente y del secretario; «en prueba de lo cual, decia, la fecha dice 24 de *mano*»—¡era que la r y la z de *marzo*, estaban demasiado aproximadas!—«esto es, me quieren castigar con 24 manos.»—En la manía alcohólica las alusiones ópticas podrian llamarse *fantasmagóricas*, pues á los enfermos les parece que los objetos se apartan y aproximan alternativamente á sus ojos.

Las ilusiones *acústicas* hacen que el enfermo, al parecer, mienta con mucha frecuencia; pues, como oye cosas diferentes que las que se le dicen, no puede menos que ser inexacto en sus relatos.—R. S., maniaco, me echa en cara que no cumplo mi palabra, pues cada dia le digo que saldrá del establecimiento para visitar á su familia y nunca le concedo la autorizacion tantas veces prometida.—Jamás le he hablado de semejante cosa.—Una mujer, afectada de manía melancólica, cada vez que tocaba la campana del manicomio, oia las trompetas del juicio final y se aterrorizaba.

Entre las ilusiones *tactiles*, ó de *sensibilidad general*, pueden comprenderse las que se refieren al sentido muscular. Es muy frecuente que los enfermos perciban de un modo anómalo los dolores propios de ciertos estados morbosos.—Un enfermo de Esquirol, afectado de un reumatismo en la rodilla, creia tener un ladron en el interior de la articulacion; por lo que se agarraba

esta parte con una mano y se la golpeaba con la otra diciendo: «toma malvado, ¡no escaparás!»—Un epiléptico de *Nueva-Belen*, afectado de gastralgia, sentia un cangrejo que incesantemente recorria el trayecto que va desde el estómago á la lengua, royéndole los tejidos.—Refiere Esquirol que una señora, afectada de manía puerperal, al ir á tomar una lavativa, sintió que la jeringa tenia un peso extraordinario, por lo cual creyó estaba llena de mercurio; rehusó, en consecuencia, el enema, porque, decia, «*quieren convertir mi cuerpo en barómetro.*»—Hemos oido referir, que un sacerdote, afectado de prurigo, creia tener migas de bacalao entre carne y piel; se le hizo tomar un baño *depurativo*, en donde, sin que lo advirtiese el paciente, se echaron fragmentos de bacalao; al ver esta sustancia en el baño, creyendo que habia salido de su cuerpo, se consideró curado.

Las ilusiones del *olfato* y del *gusto* son frecuentes en las diversas formas de la alienacion mental y suelen coincidir con perturbaciones de los humores digestivos. En semejante estado, los enfermos acostumbran á obstinarse en no tomar alimentos. Otros, empero, muestran asquerosa aficion á comerse los excrementos. Este síntoma es, por lo comun, de extraordinaria gravedad, pues indica la locura crónica ó la demencia.

Las ilusiones referentes á las funciones de la vida de *nutricion* y de la vida de *reproduccion*, tienen su punto de partida en alteraciones morbosas, de mayor ó menor cuantía, de los órganos explánicos. Lo frenopático, en estos casos, es la naturaleza ó la intensidad de las sensaciones que semejantes perturbaciones producen.—Un sugeto afectado de cefalalgia, cree que tiene la cabeza de hielo ó repleta de mercurio; otro, que sufria palpitaciones de corazon, sentia que su sangre se derramaba á torrentes, á través de los espacios intercostales. Leuret habla de una alquiladora de sillas, en una iglesia de Paris, afectada de peritonitis crónica, quien creia que se celebraba un Concilio en su abdómen; hasta sentia los pasos y movimientos de los obispos.—Hay histéricas que perciben sensaciones eróticas con determinadas personas y aun con el diablo. Otras mujeres creen estar embarazadas por una virtud sobrenatural, pues sienten los movimientos del feto, sin haber tenido relaciones sexuales.

Las ilusiones que tienen su punto de partida en alguna alteracion visceral mas ó menos dolorosa, se desvanecen cuando se logra atajar la afeccion explánica que las contiene; por esta razon estas ilusiones, llamadas tambien *ganglionares*, son mas asequibles á los recursos terapéuticos que las de los sentidos externos.

AUSENCIA DE LA NOCION DEL ESTADO FRENOPÁTICO.—En las enfermedades somáticas nos sentimos advertidos de que ocurre algun trastorno en nuestro organismo, por el dolor, por la dificultad ó imposibilidad de ejercer alguna funcion, ó, en fin, por algun cambio, visible ó tangible por nosotros mismos, sobrevenido en la superficie exterior del cuerpo. En las enfermedades mentales, por lo mismo que están alteradas las facultades perceptivas y afectivas, el individuo se halla fuera de condiciones hábiles para conocer y sentir en los mas altos grados de entrambas funciones, que son *sentirse y conocerse á sí propio*. Esto equivale á decir, que en este estado, la reflexion y la conciencia, manifestaciones las mas sublimes de las actividades psicológicas, no pueden ejercerse normalmente, porque los elementos funcionales sobre que versan sus actos se hallan fuera de las condiciones hígidas. ¿Cómo habria de verificar las operaciones psicológicas mas difíciles, aquel que ha perdido la aptitud para desempeñar las de categorías mas inferiores? ¿Cómo, pues, ha de tener conocimento del trastorno de su razon, aquel que precisamente tiene perturbada la *razon* con que debiera conocer el daño de su *razon?*

La nocion del propio estado frenopático, es como una luz que se extingue á proporcion que la enfermedad mental va sentando sus dominios; apagada por completo, no revive sino de un modo igualmente progresivo y á medida que el trastorno frenopático se va desvaneciendo. Bastante hemos dicho sobre la marcha descendente y reascendente de este conocimiento al explicar los términos de la adicion que hemos propuesto á la definicion que de la enfermedad mental ha dado Esquirol; remitimos, en consecuencia, al lector al capítulo V, página 35. Solo nos resta añadir que, puestos en el caso de determinar acerca de si la ausencia de la nocion del propio estado patológico que presentan los vesánicos, depende de una anomalía primitiva de la sensibilidad ó de la inteligencia, no vacilaríamos en atribuirla á la primera facultad y no á la última. De lo contrario, ¿por qué las pruebas mas concluyentes no hacen mella en el ánimo del alienado, cuando se intenta demostrarle que su razon se halla extraviada? El loco no se considera enfermo, porque no se siente malo; del propio modo que, en el instante en que esto escribimos, no nos hallaríamos dispuestos á creer que nos falta una mano, aun cuando para testimonio se nos presentase una mano amputada, y se nos asegurase que esta era la nuestra. Como los juicios que el alienado forma están perfectamente de acuerdo con sus sentimien-

tos—puesto que el delirio está siempre subordinado al estado emocional—¿cómo ha de creer en una perturbacion de su inteligencia, si el sugeto nunca habia encontrado tanta conformidad ni tanta armonía entre lo que piensa y lo que siente? Este es el motivo de que los maniacos *megallomaniacos* se enamoren de su talento y declaren que una suprema luz se ha encendido en su inteligencia, haciéndoles comprender cosas que antes su entendimiento no podia penetrar. Concuerda con esta interpretacion, un hecho que, como nosotros, creemos habrán observado los frenópatas, pero que no han cuidado de consignar en los libros de la ciencia, y es, que *el loco no conoce al loco*. Tal enfermo, reconocerá que tales otros sugetos están alienados, si el delirio de estos manifiesta mayor intensidad que el suyo y declarará que *no encuentra nada de particular* en todos aquellos cuyas manifestaciones frenopáticas sean tanto ó mas razonables que las suyas. De modo que, en tal concepto, la presencia del loco es uno de los reactivos mas característicos de la locura, sirviéndonos frecuentemente este recurso en el manicomio, no solo para determinar si existe ó no alienacion mental, si que tambien para apreciar lo que podrian llamarse los *grados de la locura*.

ANESTESIA É HIPERESTESIA.—Por mas que diga Griesinger, la disminucion de la sensibilidad general es un hecho muy frecuente en las enfermedades mentales. Muchos alienados son poco ó nada sensibles á las impresiones tactiles y hasta á las doloríferas. A los dementes, en invierno se les ve acurrucados, helados de piés y manos, sin que se quejen de frio; hiérense, reciben contusiones y no acusan dolor; se les aplican moxas, y no dan muestras de ser impresionados por el fuego. Lo propio se observa muchas veces en los maniacos con delirio agudo: algunos llegan al manicomio con profundas y cruentas rozaduras, causadas por las cuerdas y lazos que se han empleado para sujetarlos, sin manifestar que estas lesiones les causen la mas pequeña incomodidad. —El Sr. F., médico, afectado de manía furiosa, á quien, mientras estaba en cierto asilo, le habian puesto la camisa de fuerza, de una dentellada desgarró este vestido de sujecion y se levantó un colgajo de piel del brazo; curado, en *Nueva-Belen*, decia que no sintió dolor alguno por esta herida.—Una demonofóbica, que temia mucho la pusiéramos moxas, segun se lo habíamos prometido, experimentó un gran desconsuelo al ver que dos de estos cauterios que le fueron aplicados en la nuca, no le causaron la menor sensacion.—Hay enfermos que se infieren terribles mutilaciones sin exhalar un quejido.—No lejos de nosotros, un maniaco,

con una navaja de afeitar, se cercenó los genitales; á no haberlo advertido por el rastro de la sangre, no se hubiera tenido conocimiento del daño que se habia hecho.—Tambien se observa frecuentemente la anestesia en las melancolías: un melancólico prendió intencionadamente fuego á sus vestidos; las extensas quemaduras que de esto resultaron, no fueron bastantes á arrancarle la menor muestra de dolor.—Mórison habla de un enfermo de Bedlam, que recostó su cabeza en la lumbre, hasta tanto que fueron destruidos los tegumentos, exfoliándose despues los parietales.—Renaudin habla de un sugeto, de irreprochables antecedentes, que se hizo notar por ciertos períodos de vida extraviada, que alternaban con otros de buen comportamiento; la aparicion del extravío moral se iniciaba por una anestesia completa de la piel; cuando esta cesaba, desaparecian las malas inclinaciones.

En ninguna enfermedad mental son tan marcadas la anestesia y la analgesia como en el éxtasis. Arrebatado por una idea ó por un sentimiento, el espíritu está incapacitado para percibir las excitaciones mas intensas que se aplican á los sentidos. De ahí la proverbial inmovilidad de los estáticos: sin impresiones periféricas, no hay conmocion de la voluntad, ni apenas acciones reflejas.

La *hiperestesia* se observa frecuentemente en los enfermos que sufren ilusiones y delirios parciales de carácter melancólico, y aun mas especialmente en la locura histérica, en donde frecuentemente se ve la exaltacion de la sensibilidad en ciertas regiones, y la anestesia en otras.

C.—Perturbaciones de la voluntad.

En las condiciones fisiológicas, las determinaciones voluntarias nacen de las percepciones y de los juicios. Todo movimiento voluntario ó de orígen cerebral, es, por lo tanto, una manifestacion exterior de un fenómeno estético ó intelectual, trocado antes en impulsion volitiva.

En la alienacion mental, es muy frecuente que las determinaciones de la voluntad nazcan á impulsos de estímulos patológicos, los cuales, por lo mismo que no son consecuencia de razonamientos mas ó menos complejos, constituyen manifestaciones del estado anómalo de esa fuerza psíquica llamada voluntad.

Por mas que no sea clínicamente posible admitir frenopatías limitadas á un mero trastorno de la voluntad, á causa de que la

misma solidaridad de las funciones psíquicas no consiente que ninguna de ellas se altere con completa independencia de las demás, para proceder con desembarazo al análisis sintomatológico, es conveniente estudiar las anomalias de la voluntad, considerándolas como elementos integrantes de la alienacion mental.

Se ha llamado *abúlia* á la abolicion ó pérdida de la voluntad. Admitido, como está hoy dia, este vocablo en la tecnología médica, proponemos llamar *hiperbúlia* á la exageracion ó exaltacion de la misma facultad, y dar el nombre de *heterabúlia* á las diferentes atomalías que no consisten en la depresion ó exaltacion, sino en la aberracion de la susodicha fuerza: estas constituyen los *caprichos frenopáticos*.

La *abúlia*, es condicion fisiológica inherente á los sugetos de carácter apático ó apocado. Siempre vacilan acerca lo que han de hacer; son del último que les habla; amóldanse al último consejo que reciben y de ellos se dice que *no tienen carácter*.

Cuando constituye un trastorno frenopático, la *abúlia* se caracteriza por una extremada irresolucion; con ineptitud para poner en práctica lo que se desea y quiere, razon por la cual el enfermo no puede dedicarse al cuidado de su hacienda, ni atender á las obligaciones de su estado, pues ó siempre teme obrar mal, ó bien le es de todo punto indiferente que se haga lo uno ó lo otro.

Segun esto, hay dos formas de *abúlia* patológica: una, que se observa en el período inicial de la melancolía, en que el enfermo no se decide, porque no cesa de vacilar entre motivos opuestos que excitan su voluntad, y otra, propia de la demencia y del estupor, en que no hay voluntad, á causa de que tampoco hay inteligencia, pues para querer una cosa, es preciso conocerla. La primera podria llamarse *abúlia por fluctuacion*, y la segunda *abúlia por apatía*. Tambien hay *abúlia* en el éxtasis; pero, en este caso, la voluntad no se manifiesta, porque, segun hemos dicho, están cerradas todas las puertas de excitacion del espíritu; solo permanece abierta la sensibilidad para las impresiones referentes al objeto del éxtasis.

La exageracion de la voluntad—*hiperbúlia*—en el órden hígido, produce la firmeza, la constancia, la laboriosidad y aun la testarudez. En el órden patológico, se manifiesta por un vivo deseo de obrar, formar planes, concebir y poner en planta empresas arriesgadas, todo bajo el influjo de una sobrexcitacion intelectual, simple—*hiperfrenia*—ó delirante—*ideofrénica*.—Este estado se observa en la manía, con ó sin delirio, y sobre todo en la monomanía. Los rasgos mas naturales que el frenópata des-

cubre en el monomaniaco tan maravillosamente pintado por Cervantes, consisten en el insaciable afan de lidiar y conquistar gloria y amores, que se manifiestan en todas sus extraordinarias aventuras.

Las aberraciones de la voluntad—*heterabúlicas*, ó *caprichos frenopáticos*—tienen tambien su representacion en el estado hígido, cuando decimos que hacemos tal ó cual cosa, no por un motivo racional, sino *por capricho*. Hay sugetos cuyas inclinaciones son siempre extravagantes; que obran siempre prescidiendo del compás de la razon; que se deciden por lo contrario de lo que les conviene y debiera serles mas agradable y provechoso; de ellos se dice que son *caprichosos*, *casquivanos* y aun á veces *calaveras*.

Los *caprichos patológicos*, ó aberraciones de la voluntad, son movimientos impulsivos, ejecutados sin motivo intelectual prévio y frecuentemente contra las aspiraciones mas ó menos racionales que nacen en la mente del enfermo.—Un zapatero, desde hacia algunos dias, sentia una fuerte cefalalgia: bruscamente abandona el trabajo y sale á la calle sin direccion ni guia: ve un sacerdote, á quien ni siquiera conoce; se le echa encima y lo atropella..... Momentos despues le pide perdon, confesando que habia obrado movido por un impulso extraño á su conciencia.—Un jóven cursante de derecho, comia en cierta fonda con varias personas ajenas á su trato, y con quienes, por consiguiente, no habia mediado nunca la menor querella; de repente saca el revolver y dispara dos tiros sobre el comensal de enfrente, causándole dos heridas leves. Recibido en *Nueva-Belen*, se le ha visto varias veces, en medio de la mayor tranquilidad, arrojarse al cuello de alguno de los pensionistas para estrangularle.

Estos *delirios de accion* presentan numerosas variedades y se ofrecen, unas veces, como fenómeno predominante, pero no único, de la frenopatía; mientras que en otros casos—manía, monomanía, melancolía, etc.—constituyen uno de los numerosos síntomas que caracterizan la vesania. En el primer caso, tenemos las *locuras instintivas* y en el segundo los *impulsos irresistibles*.

M. Despine, que ha hecho un minucioso estudio de las locuras instintivas—únicas que admite en el hombre enfermo, comprendiendo en ellas todas las monomanías y las lipemanías de Esquirol—las divide en tres formas; en la primera incluye las enfermedades en que la lesion principal se manifiesta en la inteligencia, constituyendo el *delirio de las ideas*; en la segunda comprende las vesanias en que la perturbacion principal se refiere á las afecciones y se caracteriza por el *delirio de los actos*,

y la tercera está formada por las *alteraciones de la voluntad.* Sea lo que quiera de esta clasificacion, que nos parece poco adecuada á las necesidades de la clínica, ello es que en todas las formas admitidas por Despine, puede haber anomalías de la voluntad, sea que estas dependan de un delirio afectivo ó estén ligadas á un delirio intelectual, ó sean, en fin, sugeridas por el inconsciente estímulo de los instintos. La tercera forma de la locura instintiva de Despine, es aquella en que la alteracion de la voluntad se presenta mas independiente de las de la afectividad y de la inteligencia, y se caracteriza: 1.°, por una impulsion perversa, que tiene por objeto la realizacion de un acto tambien perverso; 2.°, por el extremado poder de este impulso que le hace de todo punto irresistible, y 3.°, por una viva reprobacion moral contra el impulso perverso de que el enfermo se siente poseido. No hay, en este caso, una pasion que ofusque el juicio, ni tampoco inconsciencia moral respecto de esta pasion: el enfermo opone todo su poder psíquico para contrarrestar los impulsos instintivos, pero la intensidad de estos es tan grande, que sale vencido en la lucha.

La siguiente observacion de Calmeil, consignada en el libro de M. Despine (1), seria suficiente para comprender la naturaleza de las locuras de esta clase, tan interesantes desde el punto de vista médico-legal.

«Glenadel, por haber quedado huérfano de padre desde su infancia, fué educado por su madre. Bien dotado por la naturaleza su conducta era ejemplar. A los diez y seis años cambió su carácter, volviéndose sombrío y taciturno. Repetidas veces su madre le habia inútilmente preguntado el motivo de semejante cambio. En fin, cierto dia la dijo:—«Madre mia, preciso es romper el silencio. Vos sois la mejor de las madres; yo os quiero con toda mi alma. No obstante, hace algun tiempo que incesantemente me persigue la idea de mataros. Procurad que, vencido al fin, no se realice tan grande desventura. Permitidme sentar plaza.»—Su resolucion fué inquebrantable y partió; Glenadel fué buen soldado. No obstante no le abandonaba el impulso de desertar, para ir á matar á su madre. Al terminar la época de su contrata en el ejército, esta idea era tan viva como en el primer dia. Se reenganchó. El impulso homicida persistia; pero aceptaba la sustitucion de otra víctima. Ya no piensa en matar á su madre, sino á su cuñada. En esto, uno de sus compatricios llega al regimien-

(1) Obra citada, pág. 368.

to. Glenadel le confia su pesar.—«Tranquilízate, le dice su compañero, el crímen es imposible, puesto que tu cuñada acaba de morir.»—Lleno de alegría, Glenadel obtiene una licencia, sale para su pais y encuentra viva á su cuñada. Da un grito, y el terrible impulso vuelve á poderarse inmediatamente de su espíritu. Por la tarde contaba su terrible locura.—«Acércate, le dice á su hermano, no vaciles. Yo soy mas peligroso que una fiera.—Toma una cuerda bien fuerte, átame al horreo y vé á avisar al doctor Calmeil. Llega el médico y tranquiliza al desgraciado, prometiéndole será admitido en un asilo de alienados. El dia antes de su conduccion, escribia al director de este establecimiento en estos términos: «Señor, voy á entrar en vuestra casa: yo me portaré bien, como en el regimiento; se me creerá curado de mis ideas. Tal vez alguna vez fingiré estarlo; no me creais; yo no debo salir bajo ningun pretexto. Cuando os pida mi salida, redoblad la vigilancia, pues no usaria de esta libertad sino para cometer un crímen que me horroriza.»

Recorriendo las diferentes manifestaciones impulsivas de la voluntad, por el mismo estilo que hemos examinado las distintas formas del delirio, y sirviéndonos de guia las *Lecciones* que Guislain dedica á las locuras instintivas, que comprende con el término genérico de *folies*—encontraremos los siguientes tipos, en que se revela el impulso *instintivo*.

1.° Los *Mordedores*, que desgarran con los dientes los pañuelos, los vestidos, la camisa, las sábanas, etc. Raras veces se ve este impulso aislado, antes bien, por lo comun, acompaña á la melancolía, á la manía ó á la manía melancólica. Hay locos que no muerden sino las ropas que no son de su pertenencia.

2.° Los *Deshilachadores y cortadores*, cuya tendencia es convertir en hilas los vestidos, las cubiertas de la cama, etc.; si llegan á poseer unas tijeras, todo lo cortan y recortan. Esta anomalía suele observarse, como síntoma transitorio, en la melancolía, en la manía, en el delirio y en la demencia.

3.° Los *Mutiladores*, que dominados por el impulso irresistible de mutilar séres vivos, algunos no cesan de descargarse fuertísimos golpes, con la idea de hundirse las paredes del pecho; otros exponen al fuego los pies ó las manos; ya hemos citado el caso de un maniaco que se amputó los genitales; otros no cesan de perseguir á los animales domésticos, para atormentarlos cercenándoles diferentes partes del cuerpo.

4.° Los *Suicidas*, son los que atentan contra su vida.—El *suicidio* puede presentar cuatro formas nosográficas: el *suicidio*

franco, consistente en una impulsion irresistible y ciega á matarse; la *monomanía suicida*, cuando el enfermo se mata en un acceso de cólera; la *mono-melancolía suicida*, cuando la tristeza y las penas morbosas conducen al enfermo á atentar contra su vida, y el *delirio con suicidio*, cuando los errores patológicos hacen ejecutar al paciente acciones que causan su muerte, sin que sea su intento matarse: esto último acontece, por ejemplo, en el caso en que el alienado, creyendo que tiene alas, se echa por un balcon, para volar.

5.° Los *Homicidas*, cuya inclinacion instintiva se dirige á causar la muerte de sus semejantes. Hay homicidas que cometen el atentado dominados por el delirio y en medio de la hiperfrenia mas exaltada; otros obedecen á un impulso irresistible, pero se mantienen tranquilos é indiferentes antes y despues del homicidio; otros, en fin, matan obedeciendo una voz imperativa que les ordena dar cima al horrible propósito, para cumplir un destino providencial.

6.° Los *Necrófilos*, nombre dado por Guislain á los alienados que muestran especial propension á desenterrar, mutilar y de mil maneras profanar cadáveres. Este impulso instintivo, observado en el sargento Bertrand, en quien se consideró como un síntoma frenopático excepcional, es, segun el autor que hemos citado, mas frecuente de lo que generalmente se cree.

7.° Los *Incendiarios ó piromaniacos*, dominados por un irresistible deseo de incendiar. Raras veces esta anomalía se presenta aislada, ó formando una alienacion parcial, sino que, por lo comun, se asocia con otros elementos frenopáticos.

8.° Los *Contradictores y desobedientes*, son aquellos locos que siempre manifiestan tendencia á no hacer lo que se les ordena ó á obrar en sentido opuesto al que se les manda: no quieren mudarse la camisa; en vez de acostarse en la cama, se echan en el suelo; resisten á levantarse; marchan á la derecha cuando se les manda que anden á izquierda y viceversa, etc. Esta es la *locura de oposicion*.

9.° Los *Locos mudos*, que hemos descrito en la página 140. El *mutismo frenopático* suele ser precedido de un período de incubacion melancólica y puede seguir ó ser seguido de la manía de oposicion. No debe confundirse con el mutismo de los estáticos, ni con el que subsigue á la fiebre tifoidea, ni con el que presentan ciertos melancólicos: en estos casos, los enfermos no hablan, porque no *pueden*. El mutismo de que aquí se trata, es

efecto de una obstinacion ó anomalía de la voluntad: el loco no habla, porque no *quiere*.

10. Los *Ayunadores*, que manifiestan una obstinacion inquebrantable en no tomar alimentos. Este síntoma, que se llama *sitofobia frenopática*, es muy frecuente y constituye una de las mas graves pesadillas de los manicomios. Es una variedad de la manía de oposicion. Puede prolongarse por mucho tiempo y conducir al marasmo ó una grave afeccion pulmonar, causada por la viciacion de la sangre, si no se apela á la ingestion forzada. Raras veces constituye una frenopatía parcial; por lo comun va acompañada de otros trastornos psíquicos. Algunas veces es un fenómeno transitorio, que se presenta en el decurso de una vesania. Hay enfermos en quienes la *sitofobia* alterna, de un modo intermitente y regular, con la voracidad: hemos visto varios melancólicos, hipocondríacos y maniacos que presentaban esta particularidad. A veces la *sitofobia* cesa cuando el enfermo está ya tan extenuado, que no hay medio de librarle de la muerte preparada por tan prolongada inédia.

Aun cuando se ha hablado de una manía *hidrofóbica*, no es frecuente observar la obstinacion por no probar agua, aislada de de la sitofobia. Nosotros hemos visto un ejemplo de *sitofobia parcial*, con hidrofobia completa: un enfermo rehusaba comer pan, y cuando vino al manicomio, hacia ya dos años que no habia bebido. Hoy dia come dos rebanadas de pan y bebe un vaso de agua en cada refaccion.

11. Los *Escatófagos*, así llamamos á los que ingieren sus propios excrementos. Análogos á estos son los que manifiestan particular inclinacion á manipular las heces y las orinas. Otros se distinguen por una oposicion á verificar sus excreciones naturales. La *escatofagia*, supone una aberracion del olfato y del gusto, y suele observarse en la manía crónica y en la demencia, por lo cual es indicio de mal pronóstico.

12. Los *Mamarracheros*, que, al menor descuido de los guardianes, se ocupan en llenar las paredes del asilo de figuras grotescas ó asquerosas, con inscripciones mas ó menos extravagantes. A este grupo debe pertenecer el monomaniaco que, en casi todos los pueblos de la provincia de Barcelona, y aun en la ciudad, ha escrito millares de veces en las paredes de los edificios: «*Fornell de la virgen de Llerona, Santa María, uni notha, etc.*»

13. Los *Ceplotómanos*, que muestran irresistible aficion á apoderarse de lo ajeno, no para poseerlo y usarlo, sino por mero capricho. Este síntoma es comun en la demencia, en el idiotismo

y en la locura epiléptica. No debe confundirse con la manía del robo, pues en esta el enfermo atenta á la propiedad inducido por sus ideas delirantes. Ni los melancólicos, ni los estáticos, manifiestan jamás inclinaciones al robo.

14. Los *Colectores*, ó aficionados á recoger todos los objetos, por vulgares que sean; pueden confundirse con los *maniacos coleccionadores*, á quienes guia una idea morbosa de clasificar ordenadamente los objetos que recogen, atribuyéndoles un gran valor. Una maniaca de *Nueva-Belen* tiene en su poder un fardo de guiñapos y retazos de mil colores, que por lo menos pesa una arroba; no atribuye objeto alguno á esta variada coleccion.

16. Los *Escarbadores* ó *talpomaniacos*, que aprovechan todas las ocasiones para escarbar la tierra y practicar hoyos, que no les sirven para nada.

16. Los *Habladores*, grupo que comprende los locos *oradores*, los *declamadores*, los *monologuistas*, y los *dialoguistas*. Hay enfermos que no pueden hablar sin decir otra vez las palabras. Fowille, que en un principio creyó poder explicarse este fenómeno por una disociacion del trabajo de los dos hemisferios, desistió de esta interpretacion al observar que hay locos que repiten *tres veces* succesivas cuantas palabras pronuncian.

17. Los *Chilladores*, *ladradores*, *mayadores* é *imitadores del canto de ciertas aves*, forman variedades de la *Vocinglería frenopática*, que acompañan á la *zoantropía*, frecuentemente observada bajo la forma epidémica, en otros tiempos. Nosotros la hemos visto en algunos casos de manía crónica.

18. Los *Gesticuladores*, dominados por un *automatismo fantástico* que les obliga á hacer muecas, gestos y carantoñas. Este síntoma es comun en las enfermedades mentales, cuando se inicia la demencia. Hemos visto recientemente una especie de carfología en un individuo afectado de congestion cerebral sostenida por una cardiopatía.

Por poco que se reflexione acerca de la patogenia de las alteraciones de la voluntad, se vendrá en conocimiento que todas ellas son expresion de un automatismo cerebral, cuyo orígen, teniendo en cuenta los datos fisiológicos, debe referirse á las células de la capa profunda de la zona cortical ó á las de los cuerpos estriados. Como estos aparatos nerviosos no reciben las excitaciones fisiológicas sino en sentido recurrente, esto es, despues que estas han marchado en direccion centrípeta para determinar sensaciones, conceptos y recuerdos en la capa superficial de los hemisferios, las lesiones de la voluntad son rarísi-

mas veces simples, ó de carácter monofrénico, y, por el contrario, casi siempre constituyen elementos de frenopatías mas ó menos complexas. De ahí tambien que estas alteraciones no sean esenciales y, por consiguiente, que se presenten ligadas á otras perturbaciones psíquicas. De donde resulta, que la Clínica, de acuerdo con la Anatomía y la Fisiología, demuestra que no existen locuras de la voluntad.

D.—Perturbaciones de la motilidad.

En esta seccion estudiaremos los síntomas de las actitudes, de los movimientos, de la fisionomía y de las palabras.

El exámen de las actitudes, movimiento, fisionomía y palabras de los alienados, equivale en resultados á los que nos proporciona la observacion del pulso y de la temperatura en los enfermos de afecciones comunes. Si el pulso es la expresion dinámica de los órganos de la vida de nutricion, ¿no son los movimientos voluntarios la manifestacion externa de los actos de la vida específica del cerebro?

Cuando la *cabeza* se *inclina* hácia adelante, de modo que la barbilla tiende á tocar el esternon, es indicio seguro de demencia y signo de fatal augurio.

Al contrario, la cabeza *erecta*, moviéndose con pausa á derecha y á izquierda, indica sobrexcitacion mental y se observa en las manías ambiciosas y en las que hay predominio del aprecio de sí mismo.

La tension muscular que produce inmovilidad ó rigidez de los movimientos, no debe confundirse con la parálisis, ó akinesia. Basta comunicar algunos movimientos á las articulaciones, para distinguir el envaramiento tónico, de la relajacion por falta de fuerza.

En las vesanias no son frecuentes las parálisis parciales de los músculos de la cara: así que no se ven ni blefaroptosis, ni desviaciones de las comisuras, ni inclinaciones de la lengua, ni hemiplegias, ni parálisis limitadas á un determinado grupo de músculos. En cambio, son comunes: la debilidad muscular, la parálisis general y las convulsiones epilépticas y epileptiformes, etc.

La *hiperkinesia*, ó sobrexcitacion de la fuerza muscular, es un síntoma constante en la manía aguda y en el delirio por excitacion.

La hiperkinesia puede tener diversos grados: cuando se li-

mita á movimientos frecuentes y gesticulaciones rápidas, constituye la *agitacion*; cuando sube de punto, de modo que el enfermo, con sus exagerados movimientos, amenaza dañarse ó dañar á los demás, rompe los objetos que encuentra á mano, derriba las puertas y hasta destroza las cerraduras, tenemos el *furor*. El delirio que se manifiesta por semejantes exageraciones de la motilidad, recibe el calificativo de *furioso*. Por lo general, la inusitada agilidad en los movimientos, anuncia la aparicion de un acceso de manía, y si este síntoma se observa en la declinacion de la enfermedad, por mas que se encuentren expeditas las facultades psíquicas, deberemos creer que aun no se ha establecido la convalecencia.

En la *fisonomía* encuentra el frenópata muchos y preciosísimos datos semeióticos. Las emociones tristes ahondan los surcos del semblante, lo cual hace que se pronuncien las arrugas; el rostro del melancólico es, por consiguiente, sombrio y avejentado. Los pliegues trasversales de la frente son las huellas del dolor moral. Los surcos del entrecejo denotan espanto, odio, cólera ó envidia. La triste fijeza de la mirada, unida á un círculo ciánico en los labios, delata al que medita el suicidio. Los melancólicos rara vez lloran; pero tienen los ojos tristes. En la cara de los epilépticos se nota un sello de estupor, que indica el profundo trastorno cerebral determinado por los ataques convulsivos.

Frecuentemente no hay alteracion especial del color del semblante; no obstante, los frenópatas reconocen la *melancolía* en el tinte atezado de la cara; ciertas formas de *demencia*, en la hinchazon adiposa y color rubicundo de las mejillas; la *manía* en la palidez y depresion del rostro; las pasiones tristes en la palidez de los labios, etc.; pudiendo, en general, decir que, mientras el semblante no adquiera el color que tenia antes de la invasion de la enfermedad mental, hay derecho á creer que esta no está completamente curada.

Hasta el *pelo* sufre modificaciones en la enajenacion mental. En los maniacos y melancólicos, el cabello y la barba se vuelven ásperos y mates. En los casos mas graves, se notan cambios en el color, por defecto de pigmento, de modo que las cabelleras negras se vuelven pardas, y las rubias, mas claras. En otros casos, el pelo adquiere un aspecto lanoso, sedoso ó friable.

Entre los datos clínicos que el exámen de los *ojos* ofrece, se encuentran las *alteraciones de la motilidad del iris*. Cuando las pupilas están *contraidas*, hay indicio de una irritacion cerebral que trasciende al núcleo de orígen del tercer par, ó bien de una

destruccion del nervio gran simpático de donde procede el filete que preside á la dilatacion del orificio pupilar. La *dilatacion* excesiva, indica una irritacion medular, en los núcleos de orígen del simpático ó una lesion que afecta la sustancia del espacio interpeduncular ó la continuidad del motor ocular comun. En otros casos se observa la particularidad de que, al paso que una de las pupilas está contraida, la otra se halla dilatada. Hay enfermos en quienes la contraccion y la dilatacion de las pupilas se observan de un modo alternativo.

Por mas que no esté bien determinado el valor clínico de las alteraciones de la motilidad del íris, puesto que pueden observarse aun cuando no haya alienacion mental, no obstante, cuando acompañan á las enfermedades mentales, es posible establecer: 1.°, que la contraccion y la dilatacion de las pupilas, puede encontrarse en todas las formas mentales, constituyendo un signo que aumenta la gravedad del pronóstico; 2.°, que las alteraciones de la motilidad del íris son muy frecuentes en las vesanias de larga fecha y de marcha crónica; 3.°, que las alternativas de dilatacion y contraccion, son propias de las formas agudas de la manía y de la melancolía; 4.°, que, por mas que por otros conceptos el alienado se incline á la curacion, habrá que recelar la recaida si subsiste la contraccion ó la dilatacion anormal de las pupilas; y 5.°, que la desigual dilatacion de las pupilas, de modo que una sea mas grande que otra—siendo de observacion que la izquierda se presenta mas frecuentemente dilatada que la derecha,—es síntoma de las enfermedades complicadas con parálisis y particularmente de la parálisis general; de modo que, segun M. Lasegre, en treinta y cuatro casos de esta última enfermedad, habia veinticuatro en que se notaba desigualdad de las pupilas.

Los movimientos de la lengua que constituyen la *palabra*, tienen tambien considerable interés clínico: la elocucion expedita, con entonacion clara y con cierta volubilidad, indica que no hay congestion ni trabajo destructor en el cerebro. Al contrario, la pronunciacion lenta, la voz débil y la palabra vacilante, manifiestan profundas lesiones materiales en los centros nerviosos, por lo cual se observan en la demencia y en la parálisis general.

Tratando de explicar la *patogenia* de las lesiones de la motilidad en las enfermedades mentales, pudiera asaltar el siguiente reparo: ¿cómo, siendo cerebral el asiento de estas y, por lo mismo, no interesando ninguno de los centros de movimiento,

pueden aparecer trastornos de la motilidad en las vesanias? El estudio detenido de los hechos, viene en este punto á demostrar una vez mas que la Clínica frenopática se halla en perfecto acuerdo con la Anatomía y la Fisiología de los centros nerviosos. En efecto, mientras las lesiones que determinan las perturbaciones funcionales frenopáticas se mantienen circunscritas á las regiones del cerebro asignadas á la sensibilidad, á la inteligencia y á la afectividad, no aparecen síntomas de parte de los movimientos; por esto no se observan estos en la monomanía. Mas, desde el punto en que la lesion cerebral trasciende á los núcleos de incitacion morbosa, preséntanse las convulsiones, las parálisis, las akinesias é hiperkinesias y las contracturas. De ahí que estas alteraciones se vean frecuentemente en la manía, en la melancolía, y mas particularmente en la demencia y en la parálisis general. En tal concepto, es lícito afirmar, sin temor de equivocarse, que siempre y cuando las perturbaciones psíquicas van acompañadas de alteraciones de la motilidad, al propio tiempo que una lesion cerebral, existen otras en los centros excito-motores.

Al terminar la exposicion de los síntomas de la motilidad, falta que añadamos, que la *ausencia* de todos ellos, de manera que el alienado no presente anomalías ni en las actitudes, ni en funciones, ni en expresion mímica, ni en la elocucion, ni en los movimientos, constituye una de las señales de mas fatal pronóstico, pues semejante estado es propio de las vesanias crónicas, y en especial de la monomanía, afecciones cuya curacion rarísimas veces se alcanza á pesar de los recursos del arte.

E.—Anomalías del sueño.

Las alteraciones que puede presentar el sueño en los estados frenopáticos, son: el *insomnio* ó *desvelo*, la *modorra*, el *caro* y *letargo* y los *ensueños*.

El *insomnio* es propio de todas las frenopatías en que hay sobrexcitacion intelectual ó afectiva; razon por la cual se observa en la manía aguda, aun mas en la melancolía y en la hipocondriaca. El insomnio ejerce poderosa influencia sobre el delirio; así que los narcóticos suelen, en estas circunstancias, manifestar una benéfica accion sobre el estado frenopático general. No es raro, sin embargo, que las mas altas dósis de opio ó de cloral no determinen el hipnotismo que se desea. Cuando un me-

lancólico duerme las horas regulares, es indicio de que la enfermedad se inclina á la curacion.

La *modorra*, el *caro* y el *letargo*, son síntomas de hiperemia ó de derrames cerebrales y se observan frecuentemente en el decurso de la demencia y en las afecciones cerebrales dependientes de una cardiopatía.

Los *ensueños* suelen preceder á las alucinaciones y casi siempre son síntomas prodrómicos de la manía y de melancolía. Los ensueños sintomáticos de congestion cerebral dependiente de las afecciones cardiacas, suelen ir precedidos ó acompañados de efiáltes. Hay, por último, ensueños que dan márgen al delirio cada vez que el enfermo los recuerda: en este caso constituyen un elemento de primera importancia en la patogenia de la enfermedad mental.

§ II.

Síntomas somáticos de la alienacion mental.

Declaramos desde luego que, cuando llamamos *frenopáticos* á los síntomas que hasta el presente hemos estudiado y *somáticos* á los que nos resta exponer, mas bien tratamos de amoldar el lenguaje á una convencion consagrada por el uso, que de expresar las cosas con rigor lógico. Partiendo del principio de que toda alteracion frenopática, es la expresion de un trastorno de la sustancia cerebral, y no de un daño ó lesion del espíritu, es evidente que, por su orígen, tan somático es el delirio como la fiebre. Entiéndase, pues, que cuando establecemos la mencionada distincion, entendemos que los síntomas frenopáticos consisten en desórdenes de las funciones cerebrales que revelan la actividad psíquica, y que los síntomas somáticos son todos los que no vienen comprendidos á esta categoría.

Frecuentemente faltan absolutamente los síntomas somáticos en ciertas enfermedades mentales, y aun puede decirse que en todas las que datan de larga fecha, llegan á desaparecer por completo. De ahí que los manomaniacos, los que sufren delirios sistematizados y los afectados de manía crónica, digieran del modo mas completo, se nutran con entera regularidad y no presenten el menor trastorno ni en el pulso ni en la temperatura.

Conviene empero no confundir los síntomas somáticos de las enfermedades mentales, con las enfermedades somáticas que pueden declararse en los alienados, las cuales, segun veremos

más adelante, ofrecen caractéres especiales muy dignos de tenerse en cuenta.

Expongamos sumariamente los síntomas de la *digestion*, de la *respiracion*, de la *circulacion*, de la *asimilacion* y de las *secreciones*, en las enfermedades mentales.

Digestion.—Siendo los instintos reparadores la parte de las funciones digestivas que está mas directamente sometida al influjo de los centros nerviosos, no es de extrañar que el *hambre* y la *sed* sufran frecuentes anomalías en las enfermedades mentales. La *anorexia* suele observarse como fenómeno inicial, ó prodrómico, en la mayor parte de las vesanias: durante ese período melancólico que, en sentir de Guislain, es siempre precursor de la alienacion mental, los enfermos suelen perder el apetito, como lo pierde todo el que se halla dominado por una pasion concentrativa ó depresiva. En los lipemaniacos, la anorexia, por lo comun, persiste por mas ó menos tiempo, pero ofrece de particular que, cuando no existe *sitofobia caprichosa*, los melancólicos y mas especialmente lo hipocondriacos, exageran la relacion de su inapetencia, pues la nocion errónea de sus males, acrecienta en su entendimiento los síntomas de enfermedad. —El Sr. C. farmacéutico, afectado de melancolía hipondriaca, que vino á adquirir un tipo intermitente tercianario muy regular, en los dias *malos*, sentábase á la mesa y comia bastante poco; á veces empero lo hacia con mas apetito, si entonces se le felicitaba por su mejoría, ya no volvia á tomar bocado y decia: «Si hoy como más, yo sé el esfuerzo que me cuesta.»

La *bulimia* se observa frecuentemente en la manía aguda, y en la demencia raya á veces en voracidad. No es infrecuente que la bulimia alterne con la anorexia. Hemos visto un demente que los dias en que tenia apetito, pedia la racion que no habia querido probar en el dia anterior.

La *lengua* se presenta saburrosa en los maniacos y en los melancólicos; cuando hay delirio furioso, los labios aparecen cubiertos de una secrecion viscosa, que principalmente se deposita en las comisuras. Este síntoma, que revela un catarro del estómago, y que á veces va acompañado de diarrea, meteorismo y fiebre, se observa como precursor del acceso en las vesanias de tipo periódico.

La *diarrea* es bastante comun en los dementes; los maniacos, por lo comun, no presentan alteracion en las secreciones intestinales. En los melancólicos, es casi constante el extreñimiento. Las heces de los hipocondriacos son escasas, duras y de aspecto

capruno; en estos últimos, no es raro que el extreñimiento alterne con la diarrea y aun con los flujos disentéricos. En los postreros períodos de la demencia, los enfermos defecan y orinan sin advertirlo.

Respiracion.—Los síntomas respiratorios son poco frecuentes en las enfermedades mentales; conviene empero hacer mencion de la *cortedad* de la respiracion de los melancólicos, de donde que la hematosis sea en ellos imperfecta, contribuyendo no poco á acrecentar la general languidez de su organismo. En los maniacos delirantes, los movimientos respiratorios son amplios, frecuentes y desiguales; tales son los esfuerzos á que les obliga el delirio, que su respiracion muestra una gran fatiga.

La *voz* es alta en la manía aguda; en el delirio furioso á veces es ronca. Los melancólicos hablan bajo y en un tono luctuoso; los estúpidos apenas se dejan oir y hablan poco.

Circulacion.—Aparte de que no es raro que ciertas enfermedades mentales estén sostenidas por lesiones cardiacas—condicion diagnóstica de la mas alta importancia—puede asegurarse que el sistema circulatorio sufre poquísimas alteraciones en los estados frenopáticos. Ya hemos dicho que la *apirexia* es uno de los puntos culminantes en su sintomatología. Al que no está versado en la observacion de esta clase de enfermos, les sorprende verles presa de un delirio intensísimo y encontrar que el pulso no ofrece notable agitacion. Con todo, en algunos casos, se nota un movimiento febril mas ó menos pronunciado. La manía aguda, en su período de invasion, suele presentar alteraciones del pulso, sin embargo de que este síntoma, como dice Jacobi, no es ni con mucho característico de esta afeccion. En concepto de M. Carle, la fiebre es mucho mas comun en las enfermedades mentales agudas, que en las crónicas. Cuando hay enajenacion mental, no se cumple la ley general de que la frecuencia del pulso, disminuya á proporcion que adelanta la edad. De las observaciones de Mitivié, resulta: que la alucinacion es el estado frenopático en que hay mayor frecuencia de pulso, siguiendo en órden correlativo: la manía, la monomanía y demencia. Segun el doctor Lisle, en los paralíticos el pulso es mas frecuente que de ordinario cuando se inicia la parálisis; la fiebre aumenta cuando sobreviene la diarrea y disminuye en el último período de la afeccion.

Las investigaciones *hematoscópicas*, no han conseguido demostrar relacion alguna entre las enfermedades mentales y las alteraciones de la composicion de la sangre. Solo es lícito decir

relativamente á este punto: que en las mujeres suele observarse la cloro-anemia en el período agudo de la manía y que los edemas é infiltraciones, tan comunes en la demencia, arguyen una perturbacion en la innervacion vaso-motriz, dependiente de la propagacion de las lesiones de los centros nerviosos.

Asimilacion.—En las enfermedades mentales de marcha aguda, suele ser mas ó menos pronunciado el enflaquecimiento; fenómeno que frecuentemente contrasta con la insaciable voracidad del paciente. Cuando cesa la agitacion, el enfermo recobra sus carnes, permaneciendo en este estado mientras dura la enfermedad. Es notable el aspecto flórido que se declara al iniciarse la convalecencia: todos los que salen *bien curados* del manicomio, vuelven á su casa *bien nutridos.* Cuando empero la obesidad no coincide con una declinacion de los síntomas frenopáticos, es indicio casi seguro de demencia. En tal estado, es de temer que la apoplegía cerebral ponga rápidamente término á los dias del paciente. Esta observacion es de mucha importancia.

Secreciones.—Algun cambio de composicion debe haber en el *sudor* de los maniacos, cuando el olfato basta para descubrir la presencia de enfermos de esta clase. Los melancólicos tienen una *acrinia* general; todos sus humores son escasos; por esto lloran sin lágrimas; la miccion, sin embargo, suele ser en ellos mas frecuente y la orina mas abundante y cargada de materias epiteliales. En algunos lipemaniacos y en los afectados de parálisis general, las orinas son mas alcalinas que de ordinario.

La *menstruccion* suele suprimirse desde la invasion de las enfermedades mentales, supresion que no deja de constituir una complicacion en la vesania y que coindice con la cloro-anemia. Al declararse la convalecencia, reaparecen las reglas y este es un signo de feliz augurio, por mas que no pueda sostenerse que la reaparicion del flujo periódico sea la causa de la mejoría, sino, antes al contrario, efecto de la restitucion del estado normal de las funciones de los centros nerviosos. La ineficacia de los emenagogos mientras dura el estado frenopático, prueba que la amenorrea no es causa, sino efecto de la enfermedad mental.

CAPÍTULO XIII.

CURSO Y TERMINACIONES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

Hemos expuesto, cual si fueren elementos que la naturaleza presentase separados á la observacion clínica, los distintos síntomas que constituyen la fenomenología de la alienacion mental y hemos tratado de interpretar las relaciones entre el desórden dinámico y las lesiones del cerebro, haciendo así un ensayo, tal vez un tanto aventurado, para explicar la patogenia de las enfermedades mentales. Pero en este análisis, á fin de obrar con mas libertad, hemos debido perder de vista la succesion de los hechos, así en el órden anatómico como en el fisiológico, con lo cual, á decir verdad, distamos mucho de haber trazado el verdadero bosquejo de las enfermedades que son objeto de nuestro estudio. Tenemos, pues, los colores de este cuadro, pero ahora falta combinarlos de manera que representen fielmente las agrupaciones naturales de los hechos y segun el órden con que se presentan en la práctica; tarea que equivale á describir el curso y las terminaciones de las enfermedades mentales.

A los que niegan carácter morboso á la alienacion mental, suponiendo que esta puede existir en el hombre sano, podríamos objetarles: que tan es cierto que la locura es una enfermedad, que, como tal, en su desenvolvimiento presenta constantemente un período *prodrómico*, otro de *invasion*, otro de *estadio* y otro de *declinacion*; que en su curso se observan *accidentes* y *complicaciones*; que es susceptible de revestir *tipos* distintos, como el contínuo, el remitente y el intermitente, y, por último, que su *terminacion* unas veces es por la curacion, otras por tránsito al estado crónico y otras, en fin, por la muerte.

Estas variaciones en los fenómenos del órden morboso, guardan relacion con el progreso de las lesiones cerebrales que los

sostienen, probando una vez mas que la alienacion mental y el trastorno patológico del cerebro, están tan estrictamente vinculados en el concepto de relaciones causales y fenomenales, como en las enfermedades somáticas, los síntomas son la expresion de las lesiones anatómicas. Así, pues, aparte la importancia que la exposicion del curso de las enfermedades mentales tiene por el concepto de la historia natural de las mismas, describiéndolas tales como se nos presentan en la clínica, desde el punto de vista científico, ofrece la inestimable ventaja de ponernos en relacion con la marcha de los procesos anatomo-patológicos, pues es evidente que, si estos son causa eficiente de las alteraciones dinámicas, la nocion de estas nos guiará para llegar al diagnóstico de aquellos.

Período prodrómico.—Nada mas comun que desconocer la alienacion mental en sus manifestaciones iniciales: para los los que rodean al enfermo y aun para los mismos médicos que no están versados en la observacion frenopática, pasan casi siempre desapercibidos esos primeros indicios con que se anuncia la pérdida de la razon, por mas que, apreciados con discernimiento clínico, sean de suyo sumamente característicos.

Lástima que tal suceda, pues en esta incertidumbre trascurren para la terapéutica los mejores tiempos, ya que es principio reconocido por todos los frenópatas que las enfermedades mentales son las mas susceptibles de resolverse por un tratamiento abortivo, con tal de que se acuda desde los primeros síntomas.

La causa de este error estriba en que los fenómenos prodrómicos de la alienacion mental resaltan poco sobre el fondo moral del individuo: son pequeñas modificaciones del carácter, de las inclinaciones y de los afectos habituales, que no parecen morbosos para el vulgo, pero que, á los ojos del frenópata, que no pierde de vista las predisposiciones individuales y muy particularmente á las que derivan de la herencia, adquieren grande importancia. Los primeros cambios psicológicos se observan de parte de los sentimientos: el que era afable se vuelve brusco y desatento; el que era generoso y enérgico, tórnase avaro y cobarde; el que gustaba de frecuentar la sociedad, muéstrase retraido y amante del silencio. La familia repara esos cambios y aun se sorprende de que el sugeto, sin motivo racional, manifiesta rencor á alguno de sus parientes mas cercanos; raras veces adivina que estas mutaciones son de índole morbosa y se limita á sospechar que algun pesar, algun agravio, alguna pér-

dida, deben haber producido semejantes perturbaciones pasionales.

A todo esto se agregan ciertas distracciones insólitas: preocupado el enfermo por la afliccion, se olvida de lo que iba á hacer; no recuerda lo que momentos antes ha dicho ó hecho; frecuentemente comete descuidos en el vestir; tal vez sale de casa sin sombrero ó sin corbata; se le ve andar á la ventura, perdiendo el recuerdo de las calles por donde solia pasar, etc.

En esta época obsérvase un grado mayor ó menor de irritabilidad moral: el enfermo se enfada por el motivo mas insignificante; tiene arrebatos de ira, que hacen difícil su trato y muestra aversion á las personas y objetos que antes le eran mas queridos.

Todavía no hay delirio propiamente dicho, esto es, delirio de las ideas; hay solo un delirio de los sentimientos, que se traduce únicamente por las anomalías de los actos. El enfermo aun sostiene una conversacion; pero en sus palabras no deja de notarse cierta movilidad, exaltacion, defectos de atencion y hasta ciertos desentonos de voz que contrastan con las condiciones de su expresion habitual.

Por lo comun, y mayormente en el período prodrómico de la melancolía, el paciente tiene nocion de que un trastorno muy grave se va apoderando de su mente; teme perder la razon; busca consejos que le consuelen; tal vez demanda auxilios médicos y suele decir que un velo va ofuscando su inteligencia. Este sentimiento evoca una fuerza de reaccion psicológica, por medio de la cual el enfermo se esfuerza en disipar la ofuscacion que amenaza anonadarle. Si entonces interviene el arte, no es infrecuente lograr resultados extraordinarios.

Rara vez dejan de añadirse á estos síntomas algunos trastornos que no son esencialmente frenopáticos, tales como una cefalalgia, que por lo comnn no es supraorbitaria, sino parietal ú occipital; insomnio pertinaz ó sueño perturbado por ensueños extraordinarios por su viveza y por la profunda huella que dejan en la mente del enfermo; inapetencia; extreñimiento de vientre; sed y aun á veces una calentura poco graduada.

Tales son los prodromos de la alienacion mental, considerados desde el punto de vista de la Patología general, y, por consiguiente, sin expresar las modificaciones correspondientes á las diversas formas de las vesanias. Lo que culmina en medio de estos desórdenes iniciales, es un fondo de abatimiento y de tristeza, que ha hecho decir á Guislain que todas las enfermedades

mentales, comienzan por la melancolía. Falret, comentando esta opinion, dice: «Preténdese establecer que al principio de toda locura, aun de las mas agitadas, existe comunmente un estado general de tristeza y postracion. A nuestro entender, la observacion confirma esta opinion; pero si se pretende, al contrario, que todas las enfermedades mentales principian por una alienacion parcial melancólica, entonces esta asercion nos parece errónea. Lejos de ser una alienacion parcial, el estado melancólico, cuando existe, es un verdadero estado general de perturbacion y confusion de la inteligencia y de abatimiento moral. Creemos, en efecto, que la mayor parte de las alienaciones comienzan por un estado mas ó menos general de perturbacion de las facultades intelectuales y afectivas; en este fondo patológico inicial de la inteligencia y de la sensibilidad, germinan y se desarrollan, ya la excitacion maniaca, ya las ideas predominantes del delirio parcial, que se forman de un modo lento y progresivo..... En las enfermedades mentales no existe otro período verdaderamente agudo que el en que persiste este estado general de perturbacion de la inteligencia y de la moral y en que el delirio no ha adquirido una forma determinada; comenzando el período de cronicidad en el momento en que la idea fija queda claramente formulada y sistematizada para constituirse en centro de la mayor parte de las preocupaciones morbosas (1).»

Invasion.—Hay fenómenos que distinguen el período prodrómico, de la invasion de las enfermedades mentales: hasta aquí no habíamos visto sino manifestaciones pasionales exageradas, así que apenas encontrábamos medio de deslindar la locura de la pasion; cuando por una parte existen motivos apropiados para desarrollar una pasion triste ó concentrativa y por otra faltan antecedentes etiológicos que digan relacion á la predisposicion frenopática, es sumamente difícil determinar si se trata de síntomas prodrómicos de la locura ó de manifestaciones afectivas fisiológicas mas ó menos exageradas. La invasion de la enfermedad mental se determina por la aparicion de fenómenos nuevos, entre los cuales figuran en primera línea el delirio de las ideas, las alucinaciones y las ilusiones. Aun cuando una pasion haya sido el punto de partida de las perturbaciones psicológicas precedentes, cuando aquella, lejos de mitigarse con el tiempo, adquiere cada dia mayor intensidad y mas profundo arraigo, y se complica con fenómenos ideofrénicos, no puede dudarse de

(1) *Des maladies mentales*, etc., pág. 316.

que queda establecida la enfermedad mental. Entonces es cuando toman mayor incremento los síntomas somáticos que habian empezado á asomar durante el período prodrómico; la cefalalgia es mas intensa y mas tenaz, los ensueños mas molestos, el insomnio mas pertinaz, la anorexia mas completa y la calentura mas pronunciada. En tal estado suelen declararse la agitacion, la turbulencia y el delirio correspondiente á la naturaleza de la vesania que se va á desplegar.

Estadio.—Al llegar al período de *estadio*, dice Falret, el curso de la enfermedad mental varía segun se trate de una alienacion general, ó polidelirio, ó de una alienacion parcial, ó monodelirio. No tenemos inconveniente en admitir esta distincion, por mas que, en perfecto acuerdo con el ilustrado médico de la Salitrería, no creamos en la existencia de delirios reducidos á un solo órden de ideas, y consideremos que las monomanías de Esquirol son afecciones mentales en que hay ciertas ideas dominantes, á las cuales se subordinan mas ó menos las otras.

Descender á la descripcion de los síntomas propios de estos dos grupos nosológicos, equivaldria á trazar cuadros que debemos exponer en la segunda seccion de esta obra, destinada á la Freno-patología especial. Limitándonos á algunas generalidades, diremos: que cuando la alienacion es general, el trastorno alcanza á todas las facultades psíquicas y se caracteriza por la rapidez, la variabilidad, la turbulencia y la agitacion.

El desórden de la afectividad se manifiesta por un incesante cambio de sentimientos: al enfermo, ora le arrebata la cólera, centellean sus ojos, blasfema, maldice y saca espuma por la boca; ora se le ve llorar, desesperarse, quejarse de sus desdichas y huir de sus enemigos; ora, en fin, manifiesta un humor festivo y una petulancia irónica, con que, al parecer, se propone mortificar á sus interlocutores. Todo le conmueve, todo le agita: su sensibilidad vibra con intensidad incomparable. Las ilusiones están siempre en puerta: al primer llegado le toma por un pariente, por un amigo ó por un contrario; cualquier ruido le exaspera y le provoca nuevos arrebatos de furor.

Las facultades intelectuales experimentan una sobrexcitacion, si cabe mayor que las afectivas. Son tan numerosas las ideas, á causa de la excesiva actividad de la memoria y de la asociacion, que el lenguaje es insuficiente para expresarlas todas, por cuya razon los conceptos aparecen disociados y sin órden.

Es tan poderosa la actividad espontánea del cerebro, que las impresiones externas no sirven mas que para disparar los resor—

tes intelectuales. Como las excitaciones de carácter subjetivo son tan numerosas y tan vivas, absorben toda la fuerza de la atencion, por lo cual el enfermo la tiene muy escasa para cuanto se le dice. Tal vez contesta acertadamente á la primera interpelacion que se le dirige, mas luego se desvía por los laberintos de su fantasía y cuesta no poco trabajo volverle á llevar al objeto de la conversacion.

En medio de tan grande proliferacion de ideas y tan viva evocacion de recuerdos, el juicio no tiene tiempo de formarse; el raciocinio, en consecuencia, carece de base, y las facultades reflectivas no pueden ejercitarse. Aun cuando sobrexcitadas, las facultades intelectuales se circunscriben á sus funciones mas simples, que son las perceptivas é instintivas. En cambio, la imaginacion—tan ingeniosamente llamada la *loca de la casa*—anda suelta y sin valla, siempre á merced de las percepciones que van llegando y de recuerdos anteriores á la época de la iniciacion, referentes á ideas adquiridas en época anterior á la de la iniciacion de la enfermedad, porque en los locos es notable la debilidad de la memoria para las percepciones recientes.

La viva irritacion de los centros perceptivos, retumba sobre los centros de movimiento: todo es agitacion en el sistema muscular; el enfermo gesticula con violencia; salta, corre, baila, rie, grita, destroza, rompe ó hiere, y en todos sus actos desplega un grado de fuerza física muy superior á la que en estado normal podria esperarse de sus masas carnosas.

Tenemos, pues, en resúmen: que la agitacion, la fuerza, el tumulto y el desórden de todas las funciones cerebrales, constituyen las condiciones propias del período de estadio de las formas mentales de que tratamos.

Esquirol distinguió en la alienacion parcial, una forma *depresiva* y otra *expansiva*. Conviene conservar esta distincion, para apreciar las diferencias sintomatológicas que respectivamente corresponden á los dos grupos; pues, si ambas concuerdan por el concepto de la fijeza de las ideas y sentimientos, difieren esencialmente por la índole del fondo emocional.

En la forma *depresiva*, ó *melancólica*, todas las facultades están tocadas de debilidad, postracion y langor, y dominadas por una gran pena ó tristeza, que da un tinte uniformemente sombrío á los actos psicológicos. La sensibilidad no se conmueve sino para dar lugar al dolor moral; todo le apena al melancólico: le irritan los consejos y hasta los consuelos de sus deudos, á quienes suele profesar una aversion incomprensible; todas sus rela-

ciones con el mundo exterior le parecen cambiadas, á causa de que no tiene receptividad sino para impresiones dolorosas; por esto busca el aislamiento y ama la soledad, en donde, sin embargo, no le abandonan los pesares y la afliccion. En tal estado, la inteligencia carece de vigor, pues el sentimiento embarga todas sus facultades; las alucinaciones asaltan uno ó mas sentidos y las impresiones objetivas se truecan frecuentemente en sensaciones ilusorias adecuadas á los lúgubres sentimientos que imperan. Este apocamiento de la inteligencia, trasciende á la voluntad y á los movimientos, abatiendo la iniciativa y haciendo vacilantes las determinaciones y macilenta la locomocion. En otros casos, empero, es tan intenso el dolor del melancólico, que suscita reacciones violentas; agítase incesantemente, el orate; se desespera, no cesa de gemir y exhalar amargas quejas y aun á veces perpetra el suicidio ó el homicidio.

En las formas expansivas, la afectividad se halla bajo el influjo de una potencia tónica, que trasciende á todas las facultades. No es la agitacion maniaca que produce tumulto y agitacion, sino un sentimiento de energía y de vigor psíquicos, que da por resultado una expansiva felicidad, manifestada en todos los actos del enfermo. Frecuentemente este sentimiento se halla difundido por todas las facultades; pero, en todo caso, se concentra en determinadas ideas y produce esos mono-delirios ambiciosos, á los cuales se halla subordinada la generalidad de los actos del alienado. En medio de esta nocion de grandeza y de pujanza, el alienado se considera inmensamente rico, dueño de palacios y de millones, jefe de innumerables ejércitos, rey de extensísimos territorios, profeta enviado del cielo y hasta Dios Omnipotente.

Hasta aquí hemos descrito el curso de frenopatías en las cuales la lesion fundamental consiste en un estado emocional, mas ó menos vivo, que produce el desórden ó la exageracion en las otras facultades; pero, al lado de estas, hay otras vesanias que tienen como carácter esencial el desquiciamiento gradual y sucesivo de las aptitudes psicológicas. Este estado, al cual á la larga vienen á parar todas las enfermedades mentales que no marchan en sentido de la curacion, constituye la *demencia*. «En estos enfermos, dice Falret, el observador no descubre sino ruinas; si, en medio de este caos, brilla algun destello de la inteligencia, contrista el alma, en vez de consolarla, tanto es lo que se ve que el enfermo no es actor, ni testigo de sus actos. Todo es impotencia; los sentimientos están apagados, las impresiones

sensoriales despiertan un puro automatismo en la inteligencia; la voluntad se halla reducida al impulso instintivo, y los movimientos expresan el incesante progreso de la parálisis.»

En rigor, no puede llamarse alienados á los *idiotas*, ni á los *imbéciles*. Si *alienacion* supone el hecho de hallarse privado de tesoro de razon que caracteriza á la personalidad humana, no pueden llamarse alienados los que jamás poseyeron la condiciones morales é intelectuales asignadas á nuestra especie y á nuestra casta; pero, como, por sus resultados definitivos, la imbecilidad y el idiotismo tienen muchos puntos de contacto con la demencia, creemos que, para completar el cuadro de las enfermedades mentales, debemos hacer mencion de los citados defectos de desarrollo, reservándonos tratar de ellos en el capítulo correspondiente de la segunda parte de esta obra.

Llegadas á su apogeo, las enfermedades mentales subsisten durante mas ó menos tiempo en estado de completa evolucion, presentando diferentes contingencias relativas al tipo, á los paroxismos, á las complicaciones y á las trasformaciones—que no tardaremos en estudiar—para despues inclinarse hácia la convalecencia y la curacion, ó para pasar al estado crónico de incurabilidad, ó en fin, para marchar en sentido de la demencia y la muerte.

Declinacion.—No hay cosa mas rara que la brusca cesacion de los síntomas de la alienacion mental siguiéndose á esta la curacion definitiva. Solo lo hemos visto en un caso: tratábase de un éxtasis sobrevenido al dispertar de una borrachera; al quinto dia, el enfermo fué conducido al manicomio; al entrar, da con un antiguo compañero, muy decidor, por cierto, quien le habla en estos términos: «á mí me volvieron loco los números, á tí las mujeres te han hecho perder la chaveta.» El estático sonrie y manifiesta comprender.—Al dia siguiente, recibe una ducha fria.—Estando á la mesa, se arma una disputa entre su amigo y otro pensionista; los criados tienen que intervenir para calmar á los contendientes. El estático, impresionado por esta reyerta, sale de un arrobamiento, rompe el habla y explica los pormenores de su enfermedad. Desde entonces está curado.—Sabido es que los poetas dramaturgos son aficionados á pintar curaciones de esta índole, en lo cual, en verdad, se apartan de la naturaleza.

Por lo comun, la *curacion* se establece por una série de mejorías sucesivas y aun á veces con marcadas oscilaciones. El delirio es menos vivo, la agitacion menor, la atencion mas firme, la memoria menos infiel, las alucinaciones menos frecuentes y me-

nos completas, el juicio se restablece, la reflexion vuelve á ejercitarse, los sentimientos renacen, la voluntad se normaliza, los movimientos recobran la regularidad que les corresponde bajo el régimen de las determinaciones voluntarias, y en todo la conciencia reconquista palmo á palmo sus dominios. Entra entonces de un modo gradual la nocion del estado frenopático: el enfermo ya no se irrita cuando se trata de demostrarle los desvíos de su razon, despues responde afirmativamente al tratarse de este asunto, pero aun vacila y no le cuadra esta conversacion, luego ya, sin vacilar, afirma que está alienado, y por último, solicita que no se le deje vestigio de su enfermedad, ni siquiera propension á volverla á contraer.

En este estado, la *convalecencia* se halla completamente establecida.

Al *declinar* la enfermedad, el alienado manifiesta deseo de ver á sus parientes y amigos, solicita escribirles y mantener correspondencia con ellos, anhela volver á sus habituales ocupaciones, demanda entretener sus ocios en un taller de su oficio, si es artista, pide efectos para el dibujo y la pintura, si conoce la música, recobra su aficion al piano, y si profesa una carrera liberal, anhela libros referentes al ramo de sus especiales conocimientos. Todos desean salir del manicomio: este deseo puede, empero, ser un signo equívoco: es favorable, cuando sobreviene en los alienados que se manifestaban indiferentes por gozar mayor la libertad de la que se disfruta en las casas de orates; es sospechoso, cuando no coincide con la declinacion del delirio y con el renacimiento de las afecciones naturales, y es indicio de próxima convalecencia, si su expresion no se exagera y no se descubre, mas ó menos evidentemente, el fin de satisfacer los caprichos ó las tendencias del delirio, sino, antes al contrario, el objeto de volver á las antiguas relaciones del paciente.

Por punto general, debe acordarse mucha mayor importancia clínica á la tendencia á normalizacion de los sentimientos, que á la remision de los fenómenos del órden intelectual. Por mas que el enfermo piense convenientemente, se exprese con facilidad, atienda y responda acertadamente, si no denota un cambio favorable en sus afecciones, no habrá motivos para declarar que la enfermedad ha entrado en su período de descenso. Al contrario, si menguan los síntomas afectivos, aun cuando subsista el delirio de las ideas, será permitido augurar la proximidad de una terminacion favorable. Así, pues, es preciso no perder de vista que las facultades afectivas, que son las primeras en alte-

rarse, son tambien las en que primero se pronuncia la declinacion del estado frenopático.

Aplicando á las enfermedades mentales la doctrina de las *crísis*, Esquirol ha formulado el principio de que no hay curacion de aquellas sin que precedan *fenómenos críticos*. Hoy dia, que está á todas luces juzgada la limitada importancia de la hipocrática doctrina, seria inútil esforzar argumentos encaminados á demostrar que la curacion de las vesanias no tiene nada que ver con la expulsion del humor pecante. Que con la rebaja de los fenómenos psíquicos coincida la reaparicion del flujo menstrual suprimido; que sobrevenga una erupcion cutánea; que se restablezcan el sudor ó las orinas; que la curacion se haya observado á consecuencia de impresiones morales violentas; que, en una alienacion de marcha aguda, la aparicion de una enfermedad comun haya podido detener el curso de aquella y aun hacerla abortar; que el matrimonio, el embarazo, el aborto, el parto y la lactancia tengan una influencia mas ó menos ostensible en la marcha del delirio (1), ¿prueba esto otra cosa sino que el cerebro participa de los movimientos revulsivos y derivativos que pueden ocurrir en el organismo, ó que las funciones de la vida de nutricion se modifican, al compás de las de la vida de relacion, á proporcion que los centros nerviosos—cuya intervencion en aquellas es innegable—cesan en su estado patológico? No pretendemos negar el valor clínico de los fenómenos impropiamente llamados *críticos*; pero no queremos que se abuse de ellos para remozar una teoría, á la cual los adelantos de la Fisiología ha hecho justicia. ¡Cuántas veces un brote ectimatoso, pemfigoso ó eczematoso se presenta como el primer indicio de la demencia! ¿Es este el éxito favorable que se esperaba del movimiento crítico?

Lenta es la *marcha* de las enfermedades mentales. Cuando sus evoluciones se encaminan en sentido de la curacion, suele la declinacion hacerse esperar tres, seis, nueve meses y hasta un año; algunas curan á los dos años y poquísimas llegan á feliz término si durante su primer bienio no han presentado algunos indicios de mejoría. Algunos casos excepcionales podríamos citar en oposicion á este principio, ó sea de curaciones obtenidas mucho despues del segundo año; pero, entre otros, es notable el de una señorita gallega, que, en *Nueva-Belen*, halló su curacion despues de diez años de enfermedad mental. Desde que se notó

(1) Estas influencias fisiológicas, mas bien obran agravando que atenuando el delirio.

alguna rebaja hasta que estuvo en el caso de salir del manicomio, trascurrió mas de un año. Esta es, pues, una razon para no abandonar por completo la esperanza, mientras no hayan aparecido síntomas de demencia. Con todo, el tránsito de la afeccion al estado crónico, es condicion que arguye casi indefectiblemente incurabilidad.

Se podrá declarar que una enfermedad mental ha pasado al *estado crónico*, siempre y cuando se observen en ella las siguientes condiciones: 1.ª, declinacion de la actividad intelectual; 2.ª, desaparicion del fondo morboso, de exaltacion ó depresion, sobre que se habia desarrollado el delirio, subsistiendo empero las anomalías de la inteligencia, y 3.ª, persistencia de las ideas delirantes, sin adicion de otras nuevas, de manera que entonces, como dice Falret, el *delirio ya no engendra delirio*, por lo cual este merece el significativo nombre de *delirio estereotipado*.

La *alienacion crónica* no es, pues, aun la demencia, por mas que tarde ó temprano venga á parar á ella. ¿En qué reconoceremos que la alienacion crónica ha pasado á demencia? Basta atender á un hecho: hasta aquí, los diversos elementos del delirio habian conservado cierto enlace, á causa de que los aparatos cerebrales reunian condiciones hábiles para la asociacion de las ideas y de los juicios; en el momento en que cesa de haber esta homogeneidad y coherencia en las manifestaciones delirantes, estableciéndose, por lo mismo, esa incoherencia que al calificarla de verdadera—véase la pág. 136—hemos tratado de distinguirla de la *pseudo-incoherencia*, producida por una excesiva proliferacion de ideas, que no guarda proporcion con la rapidez de los medios de expresion; en el instante, decimos, en que se observe esta inconexion de los conceptos del delirio, es lícito asegurar que la enfermedad mental ha pasado al grado de demencia, y por consiguiente, que su curacion es de todo punto inasequible.

Toda enfermedad mental que ha pasado á demencia, terminará indefectiblemente por la muerte. La muerte puede sobrevenir por diferentes causas, mas ó menos relacionadas con las lesiones cerebrales propias de la locura; pero, si no interviene ninguna influencia patológica extraña que determine alguna enfermedad mortel intercurrente, el término de la vida del demente tendrá lugar por el progreso de las alteraciones anatómicas de los centros nerviosos, y así la apoplegía, la esclerosis, el reblandecimiento, etc., constituirán la última etapa de la escena morbosa de la alienacion mental.

TIPO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.—Segun hemos dicho, uno de los caractéres en que las enfermedades mentales convienen con las afecciones incluidas en el grupo de las neurosis, es la *periodicidad* ó la *intermitencia*. Los centros nerviosos no pierden esta cualidad inherente á sus manifestaciones funcionales, sino cuando extraordinarios destrozos han desnaturalizado por completo su tejido.

Tres tipos pueden presentar, en su marcha, las enfermedades mentales; el *continuo*, el *remitente* y el *intermitente*.

El *tipo continuo* es muy raro en las vesanías; solo se observa en algunas manías de corta duracion: entonces la enfermedad recorre en poco tiempo los períodos de invasion, estadio y declinacion, ó bien cuando ha llegado á su completo desarrollo, se estaciona y adquiere el tipo remitente.

El *tipo remitente* es el mas comun. Las remisiones son mas frecuentes y mas completas en el primero y último períodos que en el de estadio. Las remisiones son poco aparentes en la melancolía; aun son menos ostensibles en los delirios parciales; en la manía es donde son mas frecuentes y mas visibles, á causa de que contrastan mejor con la mucha intensidad de los paroxismos.

Los *paroxismos* tienen un valor clínico correlativo con las remisiones; lo que equivale á decir que, cuanto mas frecuentes y manifiestas estas, tanto mas pronunciadas son aquellas. La experiencia enseña que, en los estados frenopáticos de larga duracion y mientras los paroxismos y las remisiones alternan de modo que los unos y los otros resultan bien caracterizados, hay motivos para conservar esperanzas de curacion. Al contrario, cuando el paroxismo y la remision difieren poco entre sí, de modo que el período bueno se distingue poco del período malo, es casi seguro que la enfermedad pasa el estado crónico y, por consiguiente, ofrece pocas probabilidades de llegar á un término favorable.

Conviene no confundir las remisiones y paroxismos, que pueden observarse en todas las enfermedades mentales, con una variedad frenopática especial, de forma *esencialmente remitente*, señalada por Falret, que corresponde á la alienacion crónica. En esta, los accesos violentos y de corta duracion alternan, de una manera mas ó menos regular, con remisiones notables. Esta forma, que se asemeja mucho á la locura intermitente, y de la que se distingue por la persistencia del delirio, es de pronóstico muy grave.

Importa asimismo distinguir la remision y el *intervalo lúcido*.

Este es rarísimo en la manía y, segun diremos luego, no debe confundirse con la intermitencia. Los intervalos lúcidos no aparecen en épocas regulares y prefijadas y, como las remisiones, pueden manifestarse en el decurso de cualquiera enfermedad mental, aun cuando sea crónica. El *intervalo lúcido* consiste en una remision tan completa del delirio, que parece que el individuo esté en el pleno uso de la razon. Sin embargo, existe en él cierta excitabilidad morbosa, que hace que, bajo la accion de influencias no acostumbradas, aparezcan las anomalías de las facultades intelectuales. En esto consiste principalmente la diferencia—á veces bien difícil de apreciar—entre la intermitencia y el período lúcido.

El *tipo intermitente* se puede observar en todas las formas mentales y és mucho mas comun que el intervalo lúcido. Se dirá que una enfermedad mental es de tipo intermitente, cuando, en épocas mas ó menos regulares, ocurra la repentina cesacion del delirio, cesacion, que así puede durar algunos dias, como algunos meses y hasta años.—En primeros de Mayo, solia acudir á *Nueva-Belen* un jóven comerciante, de Barcelona, afectado de una manía intermitente. El paroxismo duraba todo el verano; en Octubre el pensionista volvia á su casa y continuaba su negocio sin ver perturbada su salud hasta la primavera próxima.

Hay una *locura intermitente*, que se caracteriza por accesos de corta duracion, que alternan con períodos de lucidez, tambien cortos é irregulares. Esta forma es, por lo comun, incurable. No lo es menos la afeccion conocida con el nombre de *locura de doble forma*, á la cual Falret ha llamado *locura circular*, porque la existencia de estos alienados rueda en un círculo de estados patológicos que se reproducen sin cesar y como fatalmente, y sin que estén separados entre sí mas que por un intervalo de razon muy poco duradero. «Los dos estados, cuya contínua succesion constituye la locura circular, no son, en general, ni la manía, ni la melancolía propiamente dichas, con sus caractéres habituales: en cierto modo, hay un fondo morboso correspondiente á estas dos afecciones, pero sin su relieve. Por una parte, no hay incoherencia de ideas, como en la manía, sino simple exaltacion maniaca, esto es, extraordinaria actividad de las facultades, con incesante necesidad de movimiento y desórden muy marcado en los actos; por otra parte, no hay lesion circunscrita de la inteligencia y predominio de ciertos delirios bien determinados, como en las melancolías ordinarias, sino depresion física y moral, que alcanza hasta la completa suspension de las facultades intelec-

tuales y afectivas. Este período de depresion de la locura circular, es, por lo comun, mas largo que el de exaltacion maniaca. Y ¡cosa notable! estas dos variedades de la manía y de la melancolía, que, cuando se presentan aisladas, son de ordinario mas curables que las otras; ofrecen la mayor gravedad cuando se reunen para formar la locura circular (1).»

COMPLICACIONES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.—No hay enfermedad, aguda ó crónica, que no pueda presentarse en el decurso de las enfermedades mentales. Algo especial, empero, ofrecen en los locos las enfermedades comunes, segun expondremos mas adelante,—pues este asunto, por su importancia, merece capítulo especial;—pero, aparte estas complicaciones, existen otras con enfermedades nerviosas, tales como la corea, el histerismo, la epilepsia y de que debemos ocuparnos en este lugar, pues conviene, para el diagnóstico, determinar si estas neurosis forman uno de los factores patogenéticos de la alienacion, ó si solo se agregan á ella á título de complicacion. Sabido es que, en algunos casos, la corea y el histerismo van acompañados de trastornos mentales que completan el síndrome de estas enfermedades; pero existen enfermedades mentales en que aparecen convulsiones clónicas y coreiformes, así como otras en que se presentan síntomas de histerismo, y que, por esta razon, merecen que se las singularice respectivamente con los epítetos de locuras *coréicas* ó *histéricas*. La repeticion de ataques de epilepsia, suele conducir á la enajenacion mental, que reviste caractéres especiales; en otras ocasiones, empero, las convulsiones ó el vértigo epiléptico, vienen á añadirse como un epifenómeno, que complica mas ó menos la marcha de la vesania, constituyendo la *locura epiléptica*. Aun cuando estas distinciones no siempre sean fáciles de establecer en la práctica, no puede negarse su importancia desde el punto de vista del pronóstico y de la terapéutica.

(1) Fabret, capítulo citado.

CAPÍTULO XIV.

DIAGNÓSTICO GENERAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES (1).

La primera cuestion que naturalmente se presenta en Semiótica frenopática, consiste en la determinacion en absoluto de la existencia de la enajenacion.

Este punto, que algunos han creido tan fácil de resolver, considerando que para ello eran suficientes las luces del sentido comun, pudiendo, por lo tanto, prescindir del elevado criterio de la ciencia, es, al contrario, segun nuestro entender, en muchísimas ocasiones, mucho mas difícil que la determinacion de la especie nosológica de la dolencia, una vez que se ha llegado á resolver que esta pertenece á la extensa clase de las vesanias.

Para que no pueda caber vacilacion acerca de la insuficiencia del sentido comun para afirmar ó negar la existencia de la alienacion mental, bastará que recordemos lo que todos los dias pasa á nuestra vista en los manicomios; allí acuden á visitar nuestros establecimientos personas provistas de excelentes luces, versadas en el conocimiento del mundo y dotadas de recto criterio, que, al ponerse en relacion é intimando algun tanto el trato, precisamente con los reclusos de quienes tenemos menos esperanzas de éxito, es tanto lo que quedan convencidas de la integridad mental de esos sugetos, que, aun á trueque de faltar á ciertas conveniencias que la educacion mas trivial impone, se presentan á la Direccion solicitando empeñadamente dispongamos cese la interdiccion de tales personas, pues su reclusion constituye una grave injusticia, contra la que se rebelan los sentimientos hu-

(1) Este capítulo forma la mayor parte de un trabajo que publicamos en la *Independencia médica*, núms. 4.° y 5.°, correspondientes al año 1869.

manitarios. Para estas personas, cuyas intenciones respetamos siempre, reservamos la prueba de tocar á su presencia la *cuerda sensible* del loco, y entonces es de ver cómo el sentido vulgar no halla bastantes excusas para deshacer el agravio que, sin propósito dañado, habia inferido al sentido clínico.

Y es tanto lo que no puede servir el criterio comun para establecer el diagnóstico, siquiera sea absoluto, de la enajenacion mental, que á nosotros mismos, los que consagramos nuestras tareas al estudio de las enfermedades mentales, con todo, y poseer un caudal mas ó menos cuantioso de principios técnicos fundados en una observacion cuotidiana, nos perjudicaria, como una luz desvirtúa otra luz mas intensa, si, por medio del estudio, no nos hubiésemos adiestrado á ponernos al abrigo de esas falaces apariencias.

Resulta, pues, de lo dicho, que el *sentido comun* debe ceder su puesto al *criterio científico* en el diagnóstico general de las afecciones frenopáticas, cuyas bases ó fundamentos se pueden reducir á los que siguen:

PRIMERA BASE.—*Nocion del estado psicológico anterior del individuo, y comparacion del estado actual con el normal que le precedió.*

Siempre, en Nosología, el estado normal es adoptado como punto de mira para hacer evidente el patológico; siendo la salud y la enfermedad dos condiciones antitéticas en el organismo, no sabríamos siquiera concebir la última, si no tuviésemos nocion de la primera. Un individuo está sano ó enfermo, segun los actos de su organismo conserven el funcionalismo normal ó hayan sido modificados de un modo mas ó menos aparente. De ahí que los datos sintomatológicos no tengan una significacion semeiótica determinada, sino en cuanto se refieren al estado habitual ó de salud del individuo.

Todos los patólogos han reconocido que, ni la frecuencia del pulso, ni su intermitencia, ni la aceleracion de los movimientos de la respiracion, ni la irregularidad rídmica del centro circulatorio, ni otros mil fenómenos que constituyen el lenguaje de la patología, deben reputarse síntomas, sino á condicion de que no sean modos de ser habituales en el sugeto, compatibles con la salud del mismo. Pero estas, que son aparentes anomalías fisiológicas en las manifestaciones puramente somáticas del organismo, son relativamente raras, si se comparan con las variantes de que son susceptibles los actos frénicos, ó del órden psicológico, dentro de los límites del estado hígido. Valiéndonos de una fór-

mula de valor positivo, podríamos decir: que la variabilidad funcional y fisiológica de las partes del organismo, es tanto mas restringida, cuanto menos, en su modo de obrar, intervienen los centros de la innervacion y sus emanaciones; lo cual dice naturalmente, que la variabilidad funcional y normal en ningun órgano puede recorrer escala tan dilatada como en el cerebro.

Despréndese de esto que, si para diagnosticar una enfermedad es necesario tener una idea precisa del estado habitual del individuo, en ningun caso, como al tratar de establecer en absoluto el diagnóstico de la enajenacion mental, es tan indispensable tener á la vista este interesante dato.

Dejando á un lado la mayor ó menor propiedad de la palabra *enajenacion mental*, como término genérico expresivo de alteracion patológica de las facultades psíquicas, resulta siempre, que el que *enajena* una cosa, debe préviamente poseer la cosa que *enajena*, y que, despues de haber *enajenado* lo que era de su pertenencia, ha quedado desprovisto de ella. No puede, pues, sufrir *enajenacion mental* quien no haya gozado de inteligencia: *estar loco*, *enajenado ó haber perdido la razon*, son términos sinónimos en el lenguaje vulgar. De ahí se deduce, que el estado congénito de *idiotismo*, en que hay obtusion ó casi negacion originaria de facultades intelectuales y los de detencion de desarrollo de estas, que constituyen la *imbecilidad*, no pueden entrar en la clase de las enajenaciones. Un imbécil puede presentar tanto vigor intelectual como un demente, y, sin embargo de que este será un enajenado,—pues *perdió la razon* de que antes gozaba,—de ninguna manera podrá aplicarse este último calificativo al primero, ya que este no *perdió* grados de inteligencia, sino que *nunca alcanzó* en él esta facultad el nivel que tiene en el comun de los hombres de su raza.

Digamos, pues, que la primera y la indispensable condicion de existencia de la enajenacion mental, consiste en el prévio goce completo de la razon.

Lo primero que se observa en las enfermedades mentales, es un cambio, brusco ó gradual, en las disposiciones del espíritu, que trasciende á las inclinaciones, á los sentimientos, á las costumbres, á las voliciones y á los juicios. Cuando esta mutacion es repentina y no queda suficientemente explicada por las condiciones especiales de que se halla rodeado el paciente, la enajenacion mental no se puede desconocer. No acontece lo mismo cuando las modificaciones de que hemos hablado se van presentando de un modo lento y sucesivo: entonces puede pasar por

mucho tiempo desapercibida la enfermedad mental, hasta para las personas mas allegadas al orate. Solo el práctico versado en estas apreciaciones semiológicas, entregándose á un exámen comparativo del estado actual del sugeto con su estado anterior, podrá ver en esas aparentes extravagancias el primer síntoma de la locura.

Importa sobremanera no confundir el error del juicio con la enajenacion mental: abundan desgraciadamente en la sociedad las personas fanáticas que se dejan conducir por sortilegios y por toda clase de supercherías á actos que las leyes deben castigar, que nadie podria confundir con los locos, y hay, por otra parte, locos poseidos de fanatismo místico que, en el desarrollo de su concepcion delirante, vienen á parar á actos del todo análogos á los que verifica el fanático. ¿Cómo, siendo unos mismos los juicios y siendo idénticos los actos de estos distintos individuos, llamamos fanáticos á los primeros y calificamos de locos á los segundos? ¿Por dónde se llega á diagnosticar en los últimos la alienacion mental? Solo por la comparacion del estado presente con el estado habitual.

Si un hombre naturalmente pacífico, se vuelve revoltoso; si el de carácter impetuoso se torna impasible; si el despreocupado se trasforma inopinadamente en místico, y si el devoto se hace blasfemo é irreligioso, sospéchese la obra de un trastorno patológico del cerebro, que no tardará en presentarse con caractéres mas ostensibles.

Véase, pues, de cuánta importancia es, al proceder al diagnóstico general de las enfermedades mentales, proveerse de un cuadro completo del estado anamnéstico del paciente y si frecuentemente es difícil acopiar todos los datos referentes á este punto,—pues no siempre los que rodean al enfermo saben ni quieren informarnos,—preciso es redoblar nuestros esfuerzos para obtenerlos, ya que sobre ellos hemos de dar el primer paso que ha de conducirnos á descubrir la enfermedad.

SEGUNDA BASE.—*Apreciacion de las influencias etiológicas predisponentes y ocasionales.*—Son de gran recurso para el diagnóstico general de las enfermedades mentales los datos etiológicos. La herencia, los traumatismos de la cabeza, la borrachez, el histerismo, la epilepsia y otras condiciones análogas, deben considerarse como causas predisponentes de la locura, y siempre y cuando los fenómenos sintomatológicos que nos ofrece el enfermo puedan hacer sospechar la enajenacion mental, aumentará el valor diagnóstico de estos síntomas, cuando á ellos se

agreguen las condiciones etiológicas predisponentes que acabamos de mentar.

Más atencion merecen aun las causas ocasionales que han actuado sobre el sugeto, tales como el miedo, el terror, ciertas enfermedades agudas, el puerperio, etc.; pero aquí, tratándose de las causas determinantes de órden moral, es preciso no olvidar la siguiente regla de conducta: el miedo, las privaciones, los reveses de fortuna, las pasiones exaltantes y otras causas por el estilo, obran en la psicológica del individuo, deprimiendo ó exaltando los movimientos pasionales; mas, á poco de haber actuado estas influencias, las cosas vuelven al ser y estado de antes, mayormente si las causas dejaron ya de obrar. De esta manera, consuélase el que se desesperaba, se calma y renace la alegría en el que se habia entristecido por la pérdida de sus bienes ó de sus parientes y se tranquiliza el encolerizado. Mientras esto suceda, no hay enajenacion mental: trátase de las manifestaciones mas ó menos pronunciadas de una pasion. Mas, si las cosas no siguen por esta via fisiológica, que es consecuente á la reaccion de los sentimientos; si, habiendo cesado de obrar las causas determinadas de la tristeza, sigue la melancolía; si, desvanecidos los motivos de irritacion moral, persiste el enfurecimiento, entonces entran gravísimas sospechas de que el caso es ya patológico y de que se trata, por lo tanto, de una enajenacion mental.

TERCERA BASE.—*Valor de los síntomas somáticos.*—Siempre y cuando los trastornos psicológicos coincidan con otras alteraciones patológicas de una importancia primaria, de modo que aquellos se presenten solo como complemento del sindrome que acompaña á una enfermedad, apiréctica ó febril, bien definida, debemos apartar la idea de la existencia de la enajenacion mental. Por esto no cabe en esta clase el delirio sintomático de los estados febriles, ni el que es propio de algunos estados histéricos transitorios, ni el de la meningitis, ni el de los embriagados. Mas, si el trastorno frenopático se acompaña de desórdenes cerebrales mas ó menos graves, tales como alucinaciones, vértigos, cefalalgias tenaces, convulsiones, parálisis musculares ó anestesias, la presencia de estos síntomas debe considerarse como dato confirmativo de la enajenacion mental, pues ellos revelan la lesion material del cerebro que produce la enfermedad mental. Inútil es añadir que la ausencia de esos fenómenos patológicos no dice que no haya enajenacion; es decir, que esta puede existir sin los referidos síntomas.

CUARTA BASE.—*Reconocimiento personal del enajenado.*—Pronto expondremos los detalles precisos á que conviene atenerse para proceder con provecho al reconocimiento personal de los alienados; aquí bastará decir, que serán signos afirmativos de la afeccion mental cuantos datos puedan recogerse de este exámen que prueben irregularidad ó estado anormal en las funciones de la vida de relacion. El desórden ó la extravagancia en los muebles de que usa el enfermo; el desaliño ó el capricho en el vestir; la irregularidad y la exageracion en la expresion fisionomónica; ciertas parálisis de los músculos de la cara ó de los miembros; la inusitada apatía ó la excesiva vehemencia en la conversacion y, sobre todo, la *expresion de una desconfianza inmotivada* por cuantas personas le rodean, hé ahí otros tantos caractéres con que se suele manifestar la alienacion mental, que deben ser minuciosamente observados por el médico práctico, para agruparlos á las consideraciones semeiológicas que preceden.

Con esto consideramos que quedan apuntados los principios fundamentales del diagnóstico frenopático, por los cuales se puede llegar á contestar á la pregunta de si hay ó no enajenacion mental. Y, como miramos la cuestion desde un punto de vista esencialmente clínico, evitamos consignar aquí los datos que deben servir en los casos médico-legales para desenmascarar la simulacion de la locura.

DIAGNÓSTICO ESPECIAL DE LA ENAJENACION MENTAL.

Ya que hemos hecho ver los principios en que descansa el diagnóstico general de las enfermedades mentales, ofrezcamos á los ojos del práctico un espécimen concreto de las reglas que han de tenerse presentes para determinar el género y la especie de la enajenacion mental.

La tarea que vamos á emprender no es tan difícil como la que hasta aquí llevamos realizada; pues los escritos de los alienistas modernos han derramado tanta luz en esta parte del diagnóstico, que lo que á primera vista se presenta espinoso y por demás árduo, resulta, en general, llano y trillado. Esto, sin embargo, no es decir que no se ofrezcan casos en que la determinacion de la especie nosológica no sea un problema punto menos que insoluble; pero estos casos forman afortunadamente la excepcion y estas excepciones son tanto mas contadas, cuanto mas el clínico se halla adiestrado en el exámen de los enaje-

nados y cuanto mas se ha afianzado en ese criterio particular que la práctica engendra.

Conviene, pues, que, en primer término, nos ocupemos del reconocimiento clínico de los enajenados.

Reconocimiento clínico de los enajenados. — El método que debe seguirse para examinar con provecho á los enfermos afectados de enajenacion mental, difiere mucho del que se aconseja adoptar para el reconocimiento de los enfermos de enfermedades comunes. Por de pronto, el *ubi dolet, quid dolet*, frases que pronuncia el médico desde el momento en que se arrima á la cabecera del enfermo, no tienen absolutamente razon de ser en muchos casos, y en todos solo ocupan un lugar muy secundario. La mayor parte de los enajenados aseguran que nada les incomoda y que gozan de perfecta salud, ó bien dejan de responder cuando se les interroga sobre este particular.

Tampoco tienen mas que una importancia secundaria los síntomas del pulso, los de las secreciones, los de la lengua, etc., etc.; que tanto interesan y que tan expresivos son en las enfermedades comunes.

Recordemos que, en el punto en que estamos, sabemos ya que la afeccion es mental; sabemos, por lo mismo, que hay trastorno patológico de la inteligencia, y por lo tanto, lo que interesa es proceder desde luego á estudiar las manifestaciones de las facultades psicológicas. El órgano enfermo es, pues, el cerebro; las funciones alteradas son: la inteligencia, la voluntad, ó la sensibilidad, aisladamente ó de un modo simultáneo.

El exámen clínico del enajenado debe, pues, comprender, para ser completo, cinco partes principales, á saber: 1.°, la *fisonomía;* 2.°, *los gestos;* 3.°, *la palabra;* 4.°, *las facultades psicológicas*, y 5.°, *los estados viscerales.*

Ahorremos tiempo y espacio: el siguiente *Cuadro sinóptico*, inspirado, en una obra clásica, de un mérito superior, las *Lecciones orales sobre las frenopatías*, de J. Guislain, servirá para abarcar de un solo golpe de vista los puntos que comprende esta interesante investigacion clínica.

Tomados en consideracion los fenómenos morbosos, psicológicos y somáticos, que presenta el enajenado, segun el órden que expresa el *Cuadro sinóptico*, es preciso agruparlos de un modo sistemático, para llegar, por ellos, á establecer el género y la especie de la afeccion. Mas, al llegar á este punto, topa la semeiótica frenopática con una dificultad insuperable, hija del atraso relativo en que nos hallamos con respecto á la nocion del

3.º GEST

- *Gestos de la cara*
  - fatigosa.
  - contraccion permanente de algun músculo.
    - espasmo cínico.
    - risa sardónica.
    - risa estúpida.
  - contraccion permanente de los ojos: *estrabismo*.
    - convergente.
    - divergente.
  - convulsiones clónicas de los músculos de la cara.

4.º FACULTADES PSICOLOGICAS: EXPLORACION

- del *cálculo*
  - Ejercicios de contar
    - sumando.
    - restando.
    - multiplicando.
    - dividiendo.
- de la *memoria*
  - de cosas *remotas*.
  - de cosas *próximas*.
    - de nombres.
    - de números.
    - de lugares.
    - de personas.
    - de fechas.
- de los *instintos*
  - ideas eróticas.
  - id. religiosas.
  - adquisividad.
  - ambicion.
- de las *facultades intelectuales*
  - de la percepcion externa
  - de la comparacion
  - del raciocinio
    - preguntando:
      - *¿qué es esto?*
      - *¿cuál de estas cosas es la mayor?*
      - *¿qué debe V. hacer para estar bueno?*
- de los *grados de las facultades intelectuales*
  - de la inteligencia
  - del juicio
  - de la memoria
  - del cálculo
    - preguntando:
      - *¿por qué?* (está V. en casa.)
      - *¿cómo?* (se lava V. la cara.)
      - *¿de dónde? ¿cuándo?* (vino V.)
      - *¿cuánto?* (dinero tiene V.)
- *de la voluntad* — diciendo, por ejemplo
  - *levántese V.—Ande V.—Mireme V.—Cierre V. la puerta.*
- *de las facultades afectivas* — preguntando, por ejemplo
  - *¿quiere V. á su padre? ¿á su hijo? ¿á su esposa?*

5.º—*Estados viscerales.*—Exploracion del pecho, del tubo digestivo, del hígado, de los riñones, etc., como en las otras enfermedades.

[illegible]	En los cuernos anteriores de la médula.
os—intes-	En todo el grosor de la médula, en su region lumbar.
s piernas; oluntarios iópia, es-	En el cerebelo.
e agregan ion—ma-	En el cerebelo principalmente, y luego invade la totalidad del cerebro, especialmente la capa cortical, causando la perimeningo-encefalitis difusa.

grado y sitio de los trastornos anatomo-patológicos y de su correspondencia con determinados síntomas. Esto hace casi de todo punto imposible, á lo menos por ahora, el diagnóstico anatómico, por el que tanto se afana la Patología moderna, y el que tan provechoso va siendo á la Terapéutica. Lícito es, sin embargo, confiar en que no está lejano de nosotros el dia en que, conociendo detalladamente el funcionalismo específico de cada una de las partes que constituyen este órgano múltiple llamado *cerebro*, vistas las anomalías que ofrecen estas mismas funciones, nos será dable colegir la lesion material que las determina, y, por consiguiente, podremos desde entonces caminar desembarazadamente por la via del diagnóstico anatómico. Hoy dia, lo repetimos, la fisiología del cerebro no está aun bastante conocida para proporcionarnos estas ventajas, y á pesar nuestro, hemos de contentarnos con el diagnóstico fisiológico, por el cual se llega á establecer las *formas de las enfermedades mentales*.

Esto, sin embargo, el frenópata debe conocer los alcances de la ciencia en punto á la determinacion del diagnóstico anatómico y, en tal concepto, debe saber hasta donde las nociones proporcionadas por la experiencia clínica y por la experimentacion biológica permiten establecer una relacion entre los síntomas y el sitio de las lesiones correspondientes á las diversas regiones de los centros nerviosos.

Coleccionando los conocimientos encaminados á este objeto, hemos formado el siguiente *Cuadro*, con auxilio del cual será permitido aproximar hasta donde hoy dia es dable el tan deseado diagnóstico anatómico en las enfermedades de los centros nerviosos. Convenimos en que actualmente la utilidad de estos datos no es tanta como fuera de desear, si se trata de hacer de ellos una aplicacion exclusiva á las enfermedades mentales; pero creemos que el lector, en este trabajo, encontrará mas de una nocion importante para la clínica en general y para la de las frenopatías en particular.

Tratando ahora de reunir, por caractéres similares ostensibles y bien determinados, las diversas *formas* de la enajenacion mental, poniendo, hasta donde en el dia sea posible, en consonancia los síntomas con las lesiones anatómicas, hallamos:

1.° Un grupo numeroso de enfermedades mentales que concuerdan entre sí por un estado emocional morboso, que, influyendo sobre todas las funciones de la vida psíquica, imprime á estas un sello comun, que debemos aceptar como determinante del género nosológico: el maniaco ofrece un aumento de activi-

dad en todos sus actos psicológicos; el melancólico presenta un estado de abatimiento en todas las funciones de su vida moral. La *emocion patológica*, exaltante ó deprimente, es lo que caracteriza á todas las afecciones mentales de este primer grupo.

2.° Al lado de estas formas de la enajenacion mental, y en cierto modo en oposicion con ellas, existe otro grupo, que no depende inmediatamente de la emocion morbosa, sino de que en ellas la vida psicológica se mantiene en aparente calma y sin profunda excitacion de los sentimientos, y que, al lado de todo esto, *resalta una degradacion mas ó menos marcada de las facultades intelectuales*. A esta última forma puede llegar el enfermo de un modo directo; pero lo mas frecuente es que se vaya á parar á ella despues de haber pasado por alguna de las formas del primer grupo. La *demencia*, parcial ó general, es lo que constituye este último grupo de frenopatías.

La division dicotómica que acabamos de establecer, es mas clínica que nosológica; porque, en teoría, no podria aceptarse una division capital en una clase de enfermedades que pueden las de un género pasar á constituir especies del género antitético; pero es clínica esta division, porque ofrece muchas ventajas para la práctica, toda vez que la experiencia enseña:

1.° Que las enfermedades mentales en que no hay mas que un estado emocional mas ó menos intenso, su curacion es frecuentemente asequible á los recursos del arte, y 2.°, que aquellos casos en los que, haya ó no precedido el estado emocional, se revela la degradacion de las facultades mentales, la terapéutica es siempre impotente.

Resulta, pues, que la primera cuestion que debe proponerse el práctico, en lo tocante al diagnóstico de una enajenacion mental, es la de si hay ó no demencia; porque esta asercion le conduce desde luego á una série apreciable de resultados clínicos, así semeióticos como terapéuticos.

Obtenidas las ventajas de esta primera ojeada clínica, debe el médico emprender de nuevo su tarea semeiótica para fijar definitivamente la especie. Para esto no encontramos proceder mas fácil ni mas conforme con la naturaleza del asunto, que el del ilustre profesor de la Universidad de Gante, Dr. F. Guislain. «Tanto en música, como en lingüística, dice este autor, se reducen todas las entonaciones á una série de sonidos fundamentales, que son las siete notas para la música y las cinco ó seis vocales para las lenguas; lo mismo sucede en pintura, en que todo se reduce á los colores del prisma. En las enfermedades y

sobre todo en las mentales, acontece lo propio: las hay tónicas y las hay con colores fundamentales. La alienacion tiene sus acordes, sus frases, sus palabras y sus colores fundamentales.»

Conviene, pues, investigar las formas capitales de la enajenacion mental, estableciendo al efecto cierto número de tipos naturales, ó fisiológicos, que sirvan de norma para la comparacion de las manifestaciones morbosas.

Seis son esos tipos generadores de las formas vesánicas, cuya representacion se halla en estados perfectamente hígidos y que puede llamarse *formas elementales*.

Cuadro sinóptico de las formas elementales de las frenopatías.

Formas elementales.	Ejemplos fisiológicos.
1.° *Melancolía, ó frenalgia.*—Exaltacion de los sentimientos tristes.	Una madre que llora la muerte de su hijo.
2.° *Éxtasis, ó frenoplexia.*.—Suspension de los actos intelectuales, con rigidez general.	Un hombre rústico embobado en un palacio.
3.° *Manía, ó hiperfrenia.*—Exaltacion apasionada de la moral.	Un sugeto encolerizado.
4.° *Locura (?) ó parafrenia.*—Anomalías de la voluntad impulsiva.	Un hombre frívolo, que hace reir por sus sandeces.
5.° *Delirio, ó ideofrenia.*—Anomalías de las ideas.	El que ve una cosa y le parece otra.
6.° *Demencia, ó afrenia.*—Decadencia ú obliteracion de los actos morales é intelectuales.	El que no comprende una cosa ó ha olvidado lo que sabia.

No se necesita ser frenópata, para suponer que la naturaleza raras veces ofrece esos tipos nosológicos tan deslindados como nosotros los acabamos de presentar en la tabla; pero lo importante para el diagnóstico, es saber hallar, en medio de la variedad de síntomas que ofrecen los enfermos, la referencia de los grupos de aquellos á los respectivos tipos elementales que hemos establecido. De la mezcla de los caractéres correspondientes á tipos elementales, resultan las *formas compuestas* de la enajenacion mental, que, tambien movidos por el deseo de simplificar sintetizando, vamos á presentar bajo una forma sinóptica.

CAPÍTULO XV.

ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

La alienacion mental puede ser la expresion de un trastorno mas ó menos material y mas ó menos permanente de los centros nerviosos ó bien puede presentarse como afeccion deuteropática, reflejando estados patológicos de otras partes de la economía. Esta duplicidad de orígen de las enfermedades mentales, señala que su etiología debe ser muy complexa; pues no solo merecen consideracion de causas de la alienacion mental las influencias que actúan directamente sobre los centros nerviosos, si que tambien las que obran preparando ú ocasionando el desórden en otros aparatos, de cuyas alteraciones puede resultar consecutivamente la locura.

De todos modos, adoptando el órden establecido en Patología general para clasificar las causas de las enfermedades mentales, encontramos una primera division en *predisponentes* y *ocasionales*. Las causas *predisponentes* que, hablando con mas propiedad, deberian llamarse simplemente *predisposiciones*, se dividen en *generales*, cuya accion trasciende á grandes colectividades humanas, é *individuales*, cuyo influjo se circunscribe á determinadas personas. Entre las primeras, se cuentan: la civilizacion, las ideas religiosas, y los acontecimientos políticos; entre las últimas: la herencia, la edad, el sexo, el clima, el estado civil, la profesion y la educacion. Las causas *ocasionales* se dividen: en *morales*, *físicas* y *mixtas*. Son causas *morales:* las emociones, las pasiones, los pesares, la inmitacion y la reclusion. Entre las causas del órden físico, unas tienen una accion *local*, otras *general*, otras son *fisiológicas* y otras, en fin, tienen un carácter *específico*. Entre las causas físicas de *accion local*, las hay que actúan directamente sobre el encéfalo, al paso que otras obran á

distancia y por simpatía. Entre las causas *físicas generales*, se comprenden: la anemia, las caquexias, las diátesis, la calentura tifoidea y las intermitentes. Las *causas fisiológicas* son: la menstruacion, el embarazo, el parto y la lactancia. Las *causas específicas* comprenden: la accion de ciertos agentes tóxicos, tales como el plomo, el mercurio, el opio, la belladona, el haschich, etc. y el vicio sifilítico. Por último, las causas de *carácter mixto*, son aquellas que ejercen una influencia moral y física á un mismo tiempo, en este caso se encuentran: los excesos alcohólicos, la vida licenciosa y los abusos de la Vénus.

§ I.

Causas predisponentes, ó predisposiciones á las enfermedades mentales.

Ciertamente la vida abunda en situaciones capaces de perturbar la razon: ¿quién no ha sufrido privaciones, amargos pesares, ingratitudes, pérdidas de intereses, decepciones, desapegos de amistad y de cariño, persecuciones, violencias, injusticias, atropellos, temores, sustos y toda clase de quebrantos de espíritu? ¿Por qué, sin embargo, la enajenacion mental es un hecho relativamente raro en la especie humana?—Porque, por fortuna, en la inmensa mayoría de los hombres falta la *predisposicion* orgánico-dinámica, que es de todo punto indispensable para que las causas ocasionales que hemos enumerado produzcan su efecto en el sentido de determinar la enfermedad mental. ¡Cuántas veces esta se declara sin la mediacion de una causa determinante ostensible! En semejantes circunstancias hay que admitir que la predisposicion era tan grande, que por sí sola ha bastado para *determinar* la afeccion.

Segun hemos dicho, las causas predisponentes de las enfermedades mentales, se dividen en unas que cuya influencia alcanza á considerables colectividades de personas—*predisponentes generales*—y otras que se limitan á determinados individuos—*predisponentes individuales*.—Examinémoslas sucesivamente.

A. *Causas predisponentes generales*.—En este grupo debemos comprender: la *civilizacion*, las *ideas religiosas* y los *acontecimientos políticos*.

Civilizacion.—¿Será cierto que el progreso moral, político y

material, influye de un modo pernicioso en la poblacion, resolviéndose en causa de alienacion mental? ¿Es verdad que, á medida que la civilizacion avanza, son mas numerosas las enfermedades mentales? ¿Es, por consiguiente, cierto que los pueblos que viven mas apartados del movimiento progresivo de las ciencias y de las artes, son los que tienen mayores garantías de preservacion contra las enfermedades mentales? — Confesamos que un estudio superficial de los hechos, conduce á responder con una dolorosa afirmacion á estas preguntas; mas, desde el momento en que, con ánimo desprevenido, se examina la cuestion desde un riguroso punto de vista científico, se llega á demostrar que, no solamente el progreso moral, político y material no agrava las predisposiciones á las enfermedades mentales, sino que, en el desarrollo de la civilizacion bien entendida encuentra la humanidad el mejor de los preservativos contra las causas de la alienacion mental.

En favor de la influencia perniciosa de la civilizacion, se han aducido las siguientes pruebas:

1.ª Que á medida que la cultura avanza entre los pueblos europeos, se acrecienta el número de alienados: así, al paso que en Francia, en 1836, habia 1 enajenado por 3,024 habitantes, en 1851 contábanse 1 por 1,676.

2.ª Que en los pueblos incultos de África y Asia, apenas es conocida la locura; así que Desgenettes, en el hospital del Cairo, no encontró mas que 12 orates; Moreau vió un corto número de alienados en las diversas regiones de Oriente que recorrió y ni uno solo en la Nubia; Aubert, en toda la Abisinia, solo encontró dos ídiotas, y Williams, que residió doce años en China, afirma que en el Celeste Imperio es muy rara la locura.

3.ª Que las poblaciones que mas apartadas están de las grandes ciudades, ofrecen un contingente mucho menor de enajenados que los grandes centros urbanos; así que, segun Guislain, mientras que en Gante hay 1 loco por cada 302 moradores, en la poblacion rural de esta provincia, solo se cuenta 1 por cada 1,474, y segun Renaudin, en la ciudad de Nancy, hay 1 loco por cada 500 habitantes, mientras que en el departamento del Meurthe solo se halla 1 por cada 1,468.

Estas conclusiones adolecen del gran defecto de vaguedad é indeterminacion que es propio de todos los principios que no tienen mas fundamentos que la estadística. Confundir la verdadera civilizacion, que fomenta el desarrollo de todas las virtudes, modera los impulsos de las pasiones y enseña á usar higiénica-

mente de las cosas de la vida, con la crápula y el libertinaje que, precisamente por falta de civilizacion higiénica, se ceban en la poblacion de las grandes ciudades; considerar como hijos de la civilizacion, la embriaguez, el juego y los lupanares, cuando precisamente el verdadero progreso está representado por las sociedades de templanza, por las cajas de ahorros, por la laboriosidad productiva y por la honestidad de las costumbres; tales es desde un primer punto de vista, el escollo en que han tropezado los que, haciéndose eco de una opinion vulgar, aparentemente legitimada por los hechos, han sostenido que la locura y el progreso social están en proporcion directa.

¿Qué diremos de las estadísticas como medio de que se ha echado mano para dilucidar la cuestion que aquí ventilamos? Cuando se ha contado el número de locos de una nacion en dos ó mas épocas distintas, á fin de establecer la diferencia proporcional, se ha olvidado que, si el número de asilos aumenta de dia en dia, y si es cada vez mas numerosa la poblacion de estos, se debe á que la civilizadora idea de fundar manicomios y de conducir á estos á los alienados, arraiga mas y mas en la opinion pública, en beneficio de los enfermos de esta clase; lo cual, en otros términos significa que, como á proporcion que los pueblos adelantan en cultura, sienten mas intensamente la necesidad de *asilar* y *aislar* á los orates, resulta que estos se ponen mas de manifiesto á medida que la civilizacion cunde, y por consiguiente, que ni el incremento de la poblacion de los manicomios, ni la multiplicacion de estos, significa aumento real de número de alienados, sino que estas cifras traducen simplemente el creciente desarrollo de una de las instituciones que mas enaltecen la civilizacion moderna. Si el recurso mas eficaz contra las enfermedades mentales, es el aislamiento manicómico, claro está que nuestra civilizacion, que tiende á crearlos y á albergar en ellos á los locos, es el mejor antídoto contra la enajenacion mental, ya que, por otra parte, es el mejor de los preservativos contra esta enfermedad.

¿Qué valen, por otro lado, las aserciones fundadas en la apreciacion superficial de la frecuencia de la locura en los pueblos nómadas y en aquellos, como la China, cuya civilizacion se mantiene siempre en un mismo nivel? Aquí hasta se ha debido prescindir de datos estadísticos, pues no los poseen estas naciones, y todo el apoyo de la opinion que combatimos consiste en el relato de algunos viajeros, que, á buen seguro no emprendieron trabajos especiales para averiguar científicamente los he-

chos. De que Desgènettes no encontrase mas que catorce locos en el hospital del Cairo, ¿se podria inferir que no habia mas alienados en Egipto?

Ideas religiosas.—La exaltacion del sentimiento religioso llega frecuentemente á adquirir grados frenopáticos. Aun en nuestros dias el delirio místico es el mas comun en las enfermedades mentales. El influjo de las guerras de religion, de las predicaciones y de todo género de actos públicos de carácter religioso, no puede ponerse en duda, pues si no se manifiesta por aumento numérico de enajenados, se traduce por el fondo ó índole del delirio. Todas las religiones pueden obrar en el mismo sentido: el indio, exaltado por su fanatismo místico, se embadurna el cuerpo de excrementos de vaca y se hace quemar vivo; los sacerdotes de Cibeles no cesaban de danzar ante su ídolo; las sibilas y las pitonisas eran presa de delirios convulsivos; el misticismo católico de la Edad media produjo número extraordinario de casos de demonolatría y demonofobia, etc.

Se ha preguntado, cuál de las dos ramas del cristianismo, el catolicismo ó el protestantismo, ejerce accion mas poderosa como predisponente á la enajenacion mental. Hoy dia no hay datos bastante positivos para decidirse. Por mas que se haya dicho que el catolicismo, por el hecho de fundar el dogma en la fe, y no en la razon, es menos ocasionado á hacer enfermar la mente que el protestantismo, que admite el libre exámen en materias religiosas, creemos, con Marcé, que lo único que resulta demostrado es que, así como los delirios místicos de los católicos son de carácter melancólico y consisten en el temor del infierno por malas confesiones, por falta de penitencia, de oraciones, etc., los de los protestantes tienen por objeto las controversias religiosas, las interpretaciones de la Biblia, etc.

Acontecimientos políticos.—El vulgo cree que los trastornos políticos ejerce una influencia muy decidida en el aumento de la poblacion de los manicomios. La estadística no confirma opinion tan generalizada.

Por mas que sea de observacion que, á consecuencia de las perturbaciones políticas, las enfermedades mentales presentan un delirio concerniente á las ideas reinantes ó que son objeto de controversia entre los partidos, no se puede inferir de esto que la política influya sensiblemente en el acrecentamiento numérico de los alienados. Diríase que las revoluciones, las agitaciones sociales, los cambios de gobierno, etc., dan el color de la locura; pero no la causan. Si, en una poblacion, en tiempos normales,

habia, por ejemplo, cien locos cada año, al siguiente á un trastorno público, se encontrará, con corta diferencia, el mismo número de alienados, pero entre estos muchos cuyo delirio hará referencia á los acontecimientos políticos mas recientes. En confirmacion de lo dicho, tenemos las siguientes estadísticas sacadas de los establecimientos de Francia, desde 1847 á 1854:

Años.	Alienados.	Años.	Alienados.
1847	19,023	1851	21,353
1848	19,570	1852	22,495
1849	20.231	1853	23,795
1850	20,061	1854	24,524

El pequeño aumento que se observa de uno á otro año en esta estadística, corresponde al incremento gradual de la poblacion en Francia.

Causas predisponentes individuales.—Entre estas debemos estudiar: la *herencia*, la *edad*, el *sexo*, el *clima*, el *estado civil*, la *profesion* y la *educacion*.

Herencia.—Varias son las aptitudes morbosas trasmisibles por herencia; pero en ninguna el influjo hereditario es tan comun como en la enajenacion mental. Sin aducir pruebas estadísticas que tiendan á probar el traspaso hereditario de las vesanias—pues este punto ya no admite discusion—y tratando tan solo de dejar consignadas las diferentes condiciones bajo las cuales se puede manifestar, diremos:

1.º Que la herencia puede proceder del padre, de la madre, ó de entrambos progenitores á la vez.

2.º Que en el caso de provenir la predisposicion de uno solo de los cónyuges, es mucho mas frecuente el traspaso de la herencia frenopática de la madre que la del padre.

3.º Que la predisposicion frenopática de la prole es mucho mayor si reconoce orígen á la vez paterno y materno que si solo procede de uno de los progenitores.

4.º Que, aun cuando es mas segura la trasmision de la herencia frenopática cuando la prole ha sido engendrada durante ó despues de haber padecido los padres alguna enfermedad mental, no son raros los casos en que el sello morboso se encuentra en hijos nacidos mucho antes de que los padres estuviesen alienados; por lo cual tampoco es raro observar que estos enloquezcan despues que sus hijos.

5.º Que una larga experiencia ha demostrado que la herencia

puede proceder de una de las ramas colaterales—tío, tía, primo, etc.,—no encontrándose antecedentes morbosos en la línea directa ascendente.

6.° Que, en algunos casos, la herencia frenopática salta un grado de parentesco, observándose que los hijos de locos son cuerdos, pero viniendo á parar en la alienacion los nietos.

7.° Que en otras ocasiones, la predisposicion morbosa hereditaria solo se posa en los hijos de uno ú otro sexo: así se ven familias en que únicamente enloquecen los varones y otras en que la locura solo afecta á las hembras.

8.° Que, por lo comun, el triste patrimonio de la herencia morbosa en familias numerosas no suele observarse en todos los hijos, quedando, por consiguiente, indemnes algunos de ellos, ó recibiendo la influencia solo uno de estos.

9.° Que no siempre el influjo hereditario que predispone á la enajenacion mental se señala en los ascendentes por una vesania, sino que, en muchos casos, la afeccion de estos consiste en una neuropatía de distinto órden, tal como la epilepsia, el histerismo, la corea, etc.

10. Que un hecho correlativo al que acabamos de apuntar consiste en que los descendientes de alienados pueden traducir el traspaso hereditario, no precisamente por una enfermedad mental, sino por una neurosis de cualquier otro órden.

11. Que cuando el influjo frenopático hereditario se une á otras causas accidentales, como hábitos alcohólicos, alimentacion defectuosa, etc., puede dar por resultado la esterilidad ó la procreacion de individuos tocados de imbecilidad ó de idiotismo, sordo-mudez, estrabismo ó habitualmente molestados por toda clase de neuralgias.

12. Que los hábitos alcohólicos de los padres producen una aptitud frenopática en los hijos; siendo esta influencia mas marcada si la madre, y particularmente el padre, se hallaban bajo la accion del alcohol en el momento de la cópula fecundante.

13. Que los matrimonios entre consanguíneos, entre otros inconvenientes, ofrecen el de comunicar á la prole una decidida propension al idiotismo, á la imbecilidad ó á la locura.

14. Que el mismo deplorable efecto suelen producir los matrimonios entre personas de edades desproporcionadas.

15. Que hay bastante discrepancia entre los autores en punto á la frecuencia relativa del influjo hereditario en las enfermedades mentales: así, al paso que Esquirol, en 265 enfermos, ha podido descubrir esta predisposicion morbosa en 140, Parchap-

pe cree que solo se encuentra en un 15 por 100 de enajenados, mientras que Guislain, opina que esta proporcion se eleva al 25 por 100 y Marcé la llega á evaluar en nueve décimos.

Y 16. Que, mientras todos los estudios estadísticos se han dirigido á determinar la frecuencia de la herencia como causa predisponente de la locura, nada se ha hecho en el sentido de establecer la frecuencia con que esta disposicion es trasmisible por via de la generacion, lo cual impide resolver el siguiente problema: dado un invididuo afectado de enajenacion mental, ¿qué grados de probabilidad hay de que su enfermedad será traspasada á sus descendientes?

Edad.—Todos los frenópatas están contestes en que la locura es rara antes de la pubertad; extrañamos, con todo, que Esquirol solo cuente cuatro casos de niños alienados, pues en nuestra práctica, relativamente limitada, hemos observado por lo menos ocho casos, en sugetos menores de quince años; hemos visto dos maniacos de diez años, otro de doce, una estática de doce, una manía con estupor en un muchacho de catorce años y tres más, cuya edad fija no consta, pero menores de quince años. Entre veinte y treinta años aumenta la frecuencia de las enfermedades mentales y el período comprendido entre treinta y cuarenta, es el en que se ve mayor número de alienados. Desde cincuenta en adelante, las enfermedades mentales van siendo menos frecuentes y, en cambio, aparecen las afecciones orgánicas de los centros nerviosos: congestiones, apoplegías, esclerosis, etc.

Respecto á la influencia de la edad en la naturaleza de la enfermedad mental, resulta: que entre veinte y treinta años, es frecuente la manía; de treinta en adelante es comun observar que la parálisis general sustituya á aquella. En la mujer, en la edad crítica, es frecuente la melancolía. De sesenta años en adelante todas las formas mentales tienden á la demencia. En los niños, las locuras instintivas son las mas comunes; es rara en ellos la melancolía; en cambio, son bastante frecuentes las manías impulsivas.—Hemos conocido un niño de ocho años en quien era evidente la cleptomanía; á los veinticinco murió en una cárcel, acusado de varios robos; era hijo de una señora que casó jóven con un caballero de sesenta y cinco años; el cleptómano tenia una hermana que ha muerto epiléptica; su hermano mayor es un distinguido publicista, en quien se nota una extraordinaria impresionabilidad nerviosa y ciertas anomalías de carácter, que solo se descubren por el trato íntimo. Tambien hemos conocido una niña de ocho años, hija de un cafetero, que manifestaba una ten-

dencia irresistible á echarse al agua; despues de varios conatos, oportunamente contenidos, se la encontró ahogada en el mar, víctima de su extraña *hidrofilia*. Una hermana menor fué alienada en su infancia. Ningun antecedente en los padres.—Es raro el suicidio en la infancia: en una estadística de 25.760 suicidios, recogida en Francia por Durand Fardel, solo habia 192 en personas menores de diez y seis años. En un estado de 20 suicidios en la infancia, se contaban: 1 en menores de cinco años; 2 en niños de nueve; 2 en niños de diez; 6 en muchachos de doce; 7 en id. de trece, y 2 en id. de catorce.

La forma epidémica de la alienacion mental, causada por la imitacion, se ha observado algunas veces en la niñez: «Del décimo al duodécimo siglos, dice Marcé (1), se vieron en Francia y Alemania reuniones de muchachos que, en número de 20.000 y hasta de 30.000, presa de una sobrexcitacion religiosa de carácter morboso, abandonaban su pais y su familia para hacer peregrinaciones á la Tierra Santa. En 1609, en el pais de Labourd, en donde reinó una epidemia de demonolatría, tanto los niños como los adultos se vieron afectados de alucinaciones y arrobamientos estáticos. Cuando las guerras de las Cevenas, se vieron de 7.000 á 8.000 niños reunidos profetizando con la mas grande exaltacion.»

Sexo.—Las estadísticas encaminadas á averiguar la proporcion relativa de las enfermedades mentales en los dos sexos, distan mucho de poder expresar la verdad, á causa de que estos datos se han debido tomar en medio de la poblacion de los manicomios. Hay varias condiciones accidentales que hacen que la locura en la mujer sea, por punto general, soportada por mas tiempo en el seno de la familia de lo que lo es la alienacion mental en el sexo masculino. En este el delirio es mas agresivo, y frecuentemente da pié á la intervencion de las autoridades; el furor es menos domable; por otra parte, el trabajo que el hombre produce es tan necesario á la familia, que esta se ve impulsada á buscar cuanto antes en el manicomio la curacion del enfermo, de cuya salud depende el sustento de muchas personas. Todos estos motivos hacen que, aun siendo igual la frecuencia de la alienacion en el hombre y en la mujer, en los establecimientos frenopáticos haya mayor número de individuos del sexo masculino que del femenino.

Si, prévios estos reparos y el no menos digno de tenerse en

(1) Obra citada, pág. 115.

cuenta de que la mayor predisposicion que tiene el sexo masculino á padecer la parálisis general hace que la mortalidad en los manicomios sea mas considerable de parte de los hombres que de las mujeres, y por consiguiente, que, aun siendo mayor el número de entrados del sexo fuerte, la poblacion femenina parezca siempre mayor que la masculina; si, no perdiendo de vista estas consideraciones, decimos, se consultan las estadísticas formadas en diferentes paises, llegaremos á las siguientes conclusiones: 1.°, que de suyo la sensualidad femenina ejerce una influencia bastante sensible como predisposicion individual á las enfermedades mentales, influencia que depende de la mayor impresionabilidad de la mujer y de las condiciones fisiológicas inherentes á las funciones de la generacion, y 2.°, que cuando la mujer vive exclusivamente dedicada á las tareas domésticas y apartada de los cuidados y negocios del marido, se halla menos predispuesta á la alienacion mental, que cuando se encuentra constituida en opuestas condiciones sociales.

Clima.—Aun cuando carezcamos de datos para hacer un estudio comparativo de la frecuencia de la alienacion mental en los climas cálidos, templados ó frios, es posible colegir cuál esta sea teniendo en cuenta los resultados que se obtienen de la comparacion del influjo de las estaciones. La mayor parte de las estadísticas están conformes en que el número de entradas en los manicomios es mucho mayor durante el semestre comprendido entre Marzo y Setiembre, que en lo restante del año. De esto será lícito deducir que las enfermedades mentales son mas comunes en los climas cálidos que en los frios.

Estado civil.—El estado de soltería, segun Guislain, predispone mas á las enfermedades mentales que el de matrimonio; el hombre resiste mejor el celibato que la mujer; en cambio, los viudos enloquecen con mayor frecuencia que las viudas. Una estadística de 10 años, en Francia, da por cada 100 alienados, 61,80 célibes, cifra enorme, si se tiene en cuenta que en la totalidad de la poblacion, á contar desde la edad de quince años, no hay mas que 36,74 célibes por cada 100 habitantes.

Profesiones.—Las estadísticas relativas á este punto son tan contradictorias, que no permiten llegar á ninguna conclusion positiva. Se ha supuesto que los que asisten á los alienados en los manicomios, tienen especial propension á contraer enfermedades mentales. Es una opinion gratuita, que no tiene el menor fundamento científico.

Educacion.—El sobrado mimo con que algunos tratan á sus

hijos y el irreflexivo cuidado de acceder á todos sus caprichos y jamás torcer su voluntad, es, á no dudarlo, una de las causas que ejercen mayor influjo en la predisposicion frenopática. El que ha recibido educacion tan improcedente, se sobrexcita por la menor contrariedad y en él el soplo de las pasiones tiene fuerza de huracan. En los alienados que se hallan en este caso, son siempre de temer las complicaciones dependientes de las aberraciones de la voluntad, ó sean los caprichos frenopáticos, que á veces no ceden ni siquiera la intimidacion mas bien dirigida.

§. II.

Causas ocasionales de las enfermedades mentales.

Segun hemos dicho, las causas ocasionales de la alienacion mental se dividen: en morales, físicas y mixtas.

Causas morales.—Las comprendidas en este grupo son: las *pasiones*, la *imitacion* y la *reclusion celular*.

Pasiones.— Entre algunos estados máximos de la pasion y ciertos estados frenopáticos, no siempre es dable descubrir un límite preciso; no es, pues, de extrañar que las pasiones sean frecuentemente el bota-fuego de la locura. Un hecho digno de anotarse, es que las pasiones exaltantes rara vez conducen á la enajenacion mental. La alegría no hace enloquecer, por mas que lo contrario el vulgo opine: óyese referir que fulano, á quien le cayó la lotería, se volvió loco de contento; si luego se examinan las circunstancias que precedieron á la explosion de la locura, se halla que, si enloqueció, fué de pena ó temor de ser robado. En nuestra práctica particular hemos sido testigos de un caso análogo á otro citado por Guirlain. Una señorita casó con un caballero, de quien, al parecer, estaba enamorada; ignorábase que ella hubiese tenido otros amores. El dia siguiente al de la boda, declaróse en la desposada una de las manías mas furiosas que hayamos visto. Cuando curada, supimos que el dia de su casamiento, lo fué para ella de honda pena, porque perdia la última esperanza de casar con un jóven, á quien verdaderamente idolatraba.

Entre las pasiones concentrativas, unas, como el terror, obran de un modo súbito y violento, mientras que otras, como los pesares domésticos, las pérdidas de familia ó de intereses, actúan de una manera constante y gradual. Entre las pasiones tristes de accion lenta, los disgustos domésticos son las que mas

comunmente influyen ocasionando la alienacion mental, contando entre aquellos, la infidelidad conyugal; la malversión de los bienes por el jefe de la familia, la falta de trabajo, la mala conducta de los hijos, la muerte de los parientes mas amados, etc.

No es menos evidente el influjo ocasional del amor contrariado, de la celotipia, de la ambicion no satisfecha y de otras emociones que, por mas que sean de orígen moral, obran determinando trastornos materiales, no solo en los centros de la innervacion, si que tambien en los aparatos esplánicos, y particularmente en el circulatorio, digestivo y respiratorio.

Los trabajos de bufete predisponen menos á la locura de lo que generalmente se cree. El cerebro soporta bastante bien la fatiga de las facultades intelectuales, así como enferma fácilmente por los excesos de la afectividad. Así, cuando un hombre de estudio cae en la alienacion mental, hay que considerar que no son los trabajos mentales lo que le ha hecho enloquecer, sino que ha actuado alguna otra causa del órden moral.

Imitacion.—Casi todas las neurosis, y en particular las convulsivas, son trasmisibles por imitacion. Nadie ignora el tratamiento por medio de la intimidacion de que Boerahane echó mano para cohibir la epilepsia que, epidémicamente y por influjo de la imitacion, se habia desarrollado entre los enfermos del hospital de Harlem. Lo mismo se ha observado respecto de algunas enfermedades mentales. El relato de ciertos crímenes, que la multitud, ávida de emociones, lee cada dia en los periódicos, en mas de una ocasion ha sido causa determinante de locuras que se han propagado epidémicamente. Todos los autores citan el caso de la jóven Cornier, que, en 1825, mató á su hijo, y cuyo proceso hizo mucho ruido; despues de esto, viéronse muchas mujeres afectadas de manías impulsivas de la misma índole, segun el testimonio de las observaciones que nos han dejado Esquirol y Marcé.

Reclusion celular.—Sabido es que existen dos sistemas de reclusion celular, ó sea el de Pensilvania, en que el aislamiento es incesante, y el de Auburn, que permite la colectividad de los penados durante el dia, pero en perfecto silencio, y establece la reclusion solitaria por las noches. Las observaciones comparativas respecto á la frecuencia de la locura en ambos sistemas penitenciarios, han venido á demostrar que no pasa de un error vulgar la comun creencia de que la reclusion celular determina mas frecuentemente la alienacion mental que la reclusion en comun.

Lo que sí demuestran las estadísticas es, que entre la poblacion de las prisiones, en general, se cuenta un número mucho mayor de locos que entre la poblacion libre: así M. Coindet, en Génova, ha encontrado 15 casos de alienacion mental por 329 reclusos; M. Lelut, en la cárcel de depósito, halló la proporcion de 7 á 8 alienados por 1.000; de una investigacion hecha en Francia, en 1844, resultó que entre 18.845 presos, habia 359 locos, lo que da una proporcion casi equivalente al 20 por 1.000. En la poblacion libre, por término medio, se cuenta 1 loco por cada 1.000 habitantes.

Pero de estos resultados estadísticos, ¿es lícito deducir que la reclusion penal ejerce una accion determinante de las enfermedades mentales? Sin negar en absoluto el poder de esta causa, creemos que el principal orígen de la gran frecuencia de la locura en las cárceles, no se debe tanto á las condiciones de la prision como á las de los presos. Muchos de ellos, en efecto, cuando entran, están ya locos, ó á lo menos presentan los síntomas prodrómicos de la enfermedad mental; de donde que muchos de los crímenes que se castigan no sean mas que actos frenopáticos. Existen otros reclusos, cuyos instintos siempre inclinados al mal y cuya obtusion de sus facultades intelectuales arguyen un estado de idiotismo ó de imbecilidad, que mas bien debiera ser tratada en el manicomio que en la cárcel.

Si, pues, se tiene la precaucion de descartar del número de alienados que se encuentran en las cárceles á título de criminales, todos los que sufrian enfermedad mental antes de su reclusion, procediendo á un detenido análisis de cada caso en particular, se ve decrecer de tal manera la influencia etiológica de la reclusion, que entonces, segun Baillarger, entre 2.400 detenidos en que habia 44 locos, solo 3 habian contraido la locura en la cárcel. Como se ve, esta última proporcion dista muy poco de la ordinaria, y pone de manifiesto que la reclusion por sí misma ejerce muy poco influjo en la produccion de la locura.

Causas físicas.—Las causas físicas ocasionales de las enfermedades mentales pueden ser: *locales*, *generales*, *fisiológicas ó específicas*.

Causas locales.—De estas, unas obran directamente sobre el encéfalo, mientras que otras actúan por simpatía. En el primer grupo figuran los traumatismos sobre el cráneo, las flegmasías crónicas de los huesos de esta cavidad, las gomas sifilíticas, las otitis internas y demás afecciones de la caja ósea ó de las meninges que pueden propagarse á la sustancia nerviosa contenida.

Tenemos á la vista una señora que, á consecuencia de un tumor enquistado que radicaba en el sincipucio, para cuya destruccion se echó mano de cáusticos muy enérgicos, vino á sufrir una periostitis, seguida de osteitis del parietal, junto á la sutura sagital. Desde entonces—hace ya doce años—sufre cefalalgias intensas, debilidad de la memoria y un estado contínuo de melancolía. Podria figurar al lado de este ejemplo el de un demente, recien entrado en *Nueva-Belen*, quien, ejerciendo el oficio de marino, cayó desde las cofas del palo trinquete, recibiendo un golpe en el cráneo. Al accidente subsiguió la conmocion y la contusion cerebral y en pos de esta apareció la demencia, caracterizada primero por amnesia próxima y estupor y luego acompañada de accesos de delirio maniaco con furor. Hoy dia la enfermedad va haciendo progresos lentos, pero incesantes, y no vacilamos en asegurar que no curará.

Cuando hoy dia se habla de simpatías fisiológicas, normales ó morbosas, se quiere dar á entender los efectos de las acciones reflejas, cuyo asiento principal, segun hemos visto, es la médula. Es evidente que, existiendo en esta el poder de trasmitir en sentido ascendente las impresiones periféricas, pueden estas por su intermedio, propagarse al cerebro, determinando los síntomas de la alienacion mental. Hé aquí porqué ciertas perturbaciones de la digestion pueden causar el delirio; porqué este en algunos casos ha sido sostenido por ascárides alojadas en el intestino; porqué Sauvages y Legrand du Saule dicen haber observado la locura á causa de larvas alojadas en las fosas nasales y en el conducto auditivo externo, cesando los síntomas frenopáticos tan pronto fueron eliminadas aquellas, y porqué, en fin, las enfermedades del útero, la preñez y los trastornos de la menstruacion, ejercen una influencia visible en las funciones cerebrales.

Llámense, si se quiere, simpáticas estas enfermedades mentales, pero entiéndase que no por esto deja de haber un trastorno cerebral que las sostiene, por mas que el foco originario de este trastorno resida en un punto lejano del encéfalo; condicion digna de tenerse en cuenta desde el punto de vista práctico, porque en la mayoría de los casos el pronóstico y la terapéutica de las frenopatías de esta clase están subordinados, no á la forma de la alienacion, sino al estado morboso protopático.

Causas físicas generales.—Entre estas comprendemos: la anemia, las caquexias, las enfermedades constitucionales y las calenturas.

En la alienacion mental, la anemia es un hecho bastante fre-

cuente; pero seria un error creer que en todos estos casos el trastorno cerebral reconoce su orígen en la pobreza de la sangre; antes al contrario, lo mas comun es que la anemia aparezca consecutivamente, esto es, despues que se halla mas ó menos adelantado el desarrollo de la vesania. De ahí que, en unos casos, los reconstituyentes contribuyan poderosamente á curar, al propio tiempo que el estado discrásico, las perturbaciones frénicas, mientras que otras veces la medicacion marcial resulta de todo punto ineficaz.

Se han citado distintos casos de afecciones mentales sostenidas por trasportes del reumatismo, desde cualquiera de las regiones del cuerpo al cráneo y aun á la dura-madre y al cerebro; aun cuando no fuese mas que el insomnio y la misma viveza de los dolores que en semejante caso experimenten los enfermos, bastaria á dar cuenta de esta relacion entre el reuma y las enfermedades mentales (1).

Hánse mentado asímismo algunas observaciones que parecen demostrar que entre el herpetismo y la locura existen relaciones de causalidad; nosotros, que en las afecciones herpéticas consideramos que el sistema nervioso interviene de una manera especial, no estamos distantes de aceptar estas ideas, siempre y cuando no se apliquen desde el punto de vista de las doctrinas humorales.—Una señora maniaca meláncolica á quien asistimos, padecia un acné rosácea en la cara; cada vez que la dermatosis adquiria mayor intensidad se acrecentaba el delirio y la agitacion. Despues de varias medicaciones completamente infructuosas, le administramos el arsénico, y fué de ver que al propio tiempo que se curaba la enfermedad cutánea, desaparecia la alienacion mental. De estos hechos han trascurrido ocho años y esta señora no ha vuelto á padecer ni la enfermedad mental ni la afeccion de la piel.

Importa no confundir el delirio, por lo comun incoherente, pero á veces alucinatorio y aun en ciertos casos melancólico, con la alienacion mental que frecuentemente subsigue á la fiebre tifoidea. Esta aparece precisamente cuando se inicia la convalecencia, cuando ya no hay fiebre y, por consiguiente, cuando se abrigan las mas lisonjeras esperanzas. Las enfermedades mentales consecutivas á la calentura tifoidea son susceptibles de

(1) En un caso reciente observado en *Nueva-Belen*, hemos visto la influencia de la discrasia gotosa, determinando bruscamente una manía aguda con pérdida completa de la memoria, profunda obtusion y delirio furioso, que se ha curado en menos de un mes, á beneficio de baños alcalinos, cólchico y nitrato de potasa á altas dósis.

afectar diferentes formas: á veces simulan la demencia, puesto que el enfermo tiene la memoria flaca y se expresa de una manera que podria llamarse infantil; otras revisten los caractéres de la manía ó melancolía, con ó sin alucinaciones, y otras, en fin, aparece un delirio sistematizado que da á la enfermedad todo el aspecto de la monomanía. Esta locura, cualquiera que sea su forma, suele ceder pronto á una medicacion restauradora; mas si el desórden frenopático persiste mucho tiempo y principalmente si aparecen complicaciones mas ó menos graves, hay motivos para recelar que la enfermedad marcha á un término funesto.

El doctor Delusiauve, en una epidemia colérica, ha visto diferentes enfermos á quienes en la declinacion de la enfermedad reinante se ha declarado la alienacion mental, con predominio de la idea de persecuciones ó bien bajo el aspecto del delirio ambicioso. Es de notar que en la mayoría de los casos de esta clase se obtuvo la curacion á beneficio de una medicacion tónico-reconstituyente.

Segun hemos tenido ocasion de consignarlo en la historia de la Medicina mental, Sydenham fué el primero en observar que las calenturas intermitentes, particularmente las de tipo cuartanario, pueden convertirse en agente patogenético de una locura que, como dice el Hipócrates inglés, no cede á la sangría sino á la quinina, á las mixturas cordiales y á una alimentacion restauradora. Los modernos han tenido ocasion de repetir muchas veces la observacion de Sydenham, notando que algunas veces el desórden frenopático aparece en la convalecencia de las intermitentes, mientras que otras se presenta solo en los accesos de estas y siguiendo el curso regular de los paroxismos. La forma mas frecuente de esta clase de locura es el estupor. Su causa anatómica consiste en un edema cerebral y una infiltracion serosa sub-meníngea, dependiente de la discrasia palúdica.

Causas fisiológicas.—Debemos estudiar en este punto el influjo que ejercen sobre los estados mentales, la menstruacion, la edad crítica, el embarazo, el parto y la lactacion.

Algunas veces la *nubilidad* señala la época de la primera explosion de la locura, contribuyendo no poco á este resultado las dificultades que frecuentemente encuentra el organismo femenino para establecer el curso regular del flujo catamenial. Con todo, la experiencia enseña que con mayor frecuencia los arrestos menstruales son efecto que causa de la alienacion mental, dato clínico de suma importancia, tanto desde el punto de vista de la semiótica como de la terapéutica.

Mucho mas comun es la locura en la *edad crítica*, época en que el organismo de la mujer pierde mucho de los caractéres generales de la sexualidad y adquiere analogías fisiológicas con el hombre. Tal vez sea esta la razon de que en ambos sexos sea frecuente la melancolía desde la edad de cincuenta años en adelante.

Todos los autores están contestes en admitir la influencia etiológica de la *preñez*, del *puerperio* y de la *lactacion*; pero entre todas estas causas fisiológicas, la segunda es la mas frecuente y de accion mas demostrada. La *locura puerperal* puede declararse en dos distintos períodos del puerperio: en los diez primeros dias subsecuentes al alumbramiento, por efecto de la conmocion del organismo por los esfuerzos del parto y por la fiebre láctea, ó bien al reaparecer la menstruacion, esto es, al final de la sexta semana.

En nuestra práctica hemos observado diferentes casos de manía puerperal y, á decir verdad, esta vesania nos parece menos benigna de lo que generalmente se cree, pues frecuentemente la hemos visto pasar al estado crónico, revestir la forma intermitente ó terminar por demencia. Hemos visto una forma benigna hipocondriaca y alucinatoria, complicando un catarro gastro-intestinal con fenómenos particulares, que, en nuestro concepto, merece estudiarse como una variedad morbosa del puerperio. Este estado frenopático, durante el cual las enfermas expresan una incesante ansiedad y un gran temor de morir, inspirado por su inapetencia, digestiones penosas, flatulaciones y pujos rectales é insistencia cefalalgia, suele desvanecerse cuando han sido vencidas las perturbaciones de la digestion, lo cual, empero, no es obra de poco tiempo y reclama gran tino de parte del profesor y mucha resignacion de parte de la enferma. Una señora que presentó el cuadro de síntomas que acabo de describir, quedó libre de su melancolía hipocondriaca á beneficio de las aguas alcalinas que modificaron favorablemente el tubo digestivo; un año despues reapareció el estado frenopático, pero bajo una forma diametralmente opuesta, declarándose una extremada aficion al lujo y á la sociedad y por conatos de despilfarar la modesta fortuna de su marido. Este estado duró solo algunos meses.

Otra enferma, á quien recientemente hemos asistido, al cuarto dia del puerperio presentó trastornos de la digestion, con calentura poco intensa; tomó un laxante y se encontró aliviada; á la mañana siguiente fué presa de un delirio incoherente y tan furioso, que fué preciso atarla en la cama; apirexia completa.

Administramos tres gramos de hidrato de cloral; vino el sueño, y por la tarde habia cesado el estado frenopático, del cual no ha vuelto á aparecer el menor indicio en el decurso del catarro gastro-intestinal, que ha durado mas de tres meses.

De todos modos la locura puerperal se observa en ciertas condiciones con mayor frecuencia que en otras; del conjunto de datos clínicos recogidos relativamente á este punto, resulta: que la locura puerperal es mas frecuente en mujeres que paren en edad adelantada, en las que han tenido muchos y frecuentes partos, en las que en otro tiempo han sufrido algun acceso de alienacion mental, en las que han presentado hemorragias durante ó despues del parto, en las que han sufrido ataques de eclampsia, en las que han tenido un parto distócico, y por último, las que llevan uno ó mas flemones mamarios. Parece tambien que los partos de varon son mas ocasionados á producir la locura puerperal que los de hembra; lo cual se ha pretendido explicar por el mayor volúmen de la cabeza del feto, y por consiguiente por la mayor dificultad de su expulsion.

Causas específicas.—No pueden considerarse como causas determinantes de la alienacion mental los agentes tóxicos ó farmacológicos, que, tales como el opio, la belladona, la mandrágora y el hachisch, provocan solo delirios pasajeros, pues la cronicidad es uno de los caractéres fundamentales de las enfermedades mentales. Preciso es empero reconocer que la intoxicacion polidósica por estas sustancias, puede sostener un trastorno permanente de las facultades mentales, que en nada difiere de la verdadera alienacion; en tal concepto, es lícito comprender las mencionadas sustancias entre las causas específicas de las enfermedades mentales. Su especificidad está fundada en la constancia de su accion, en lo desconocido de su modo de obrar y en el hecho de corresponder siempre por un mismo cuadro sintomatológico á cada uno de los referidos agentes.

El *opio*, á altas dósis, produce un delirio violento alucinatorio, con constriccion de las pupilas; los que tienen el hábito de fumar este narcótico, caen en un estupor y una debilidad intelectual, que resisten á todo tratamiento. El *hachisch* produce un delirio maniaco, con ilusiones y alucinaciones, por lo comun, de carácter alegre. El delirio de la *belladona*, del *estramonio* y de la *mandrágora*, se caracteriza por alucinaciones, temblor, risa y dilatacion de las pupilas. Al hábito de fumar tabaco se le ha atribuido una importancia sin duda excesiva en la determinacion de la locura; punto que no creemos haya sido conveniente-

temente comprobado por la estadística. Los preparados de *plomo*, aparte de los fenómenos abdominales propios de la intoxicacion saturnina, dan lugar á accidentes cerebrales variables, tales como vértigos, epilepsia, delirio maniaco y demencia; que á veces llega á la parálisis general. Los *mercuriales* pueden producir efectos análogos á los preparados saturninos, pero su accion cerebral es menos constante y no tan bien estudiada.

La *sífilis* puede, en cierto modo, comprenderse entre las causas específicas de las enfermedades mentales; pues frecuentemente se ven estados frenopáticos dependientes de alteraciones cerebrales de carácter sifilítico, tales como exóstosis craneales, etc. Sin embargo, en estos casos la especificidad de la causa es discutible, pues si la sífilis produce trastornos mentales, no es por la actividad especial del virus, sino por los cambios anatómicos que determina en los centros nerviosos.

Causas mixtas.—A imitacion de Greissinger, admitimos un grupo de causas *mixtas*, esto es, de accion física y moral simultánea, en el que comprendemos: los hábitos alcohólicos, la vida licenciosa y desarreglada y los abusos de la generacion.

La accion complexa del *alcoholismo*, resulta, en su parte física, de los efectos fisiológicos del alcohol sobre el cerebro, y sobre el aparato digestivo. La borrachez depende de una sobrexcitacion del cerebro, ligada á una hiperemia activa; esta hiperemia, á fuerza de repetirse, da lugar á profundas y frecuentemente incurables alteraciones de nutricion de la sustancia nerviosa. Obrando sobre el estómago, el alcohol determina una flegmasía crónica, que se opone á que se opere convenientemente la primera de las funciones tróficas, de donde una quilificacion anormal y una perturbacion mas ó menos profunda en la composicion de la sangre. El propio efecto resulta de la demostrada influencia del alcohol sobre el hígado, provocando la degeneracion grasienta de esta glándula.

Considerada como influencia moral, la borrachez es causa permanente de desórden y de exaltacion. El degradante vicio obtunde todos los sentimientos generosos, crea un espíritu pendenciero y sostiene en el seno de la familia una incesante querella, porque el ebrioso propende á holgar y desatiende sus obligaciones; en cambio, disipa su fortuna, dominado por las crecientes exacciones de su inextinguible sed de alcohólicos.

Llega dia en que la borrachez viene á ser un estado habitual en el individuo: no cesan las alucinaciones ni las ilusiones, y de cuando en cuando, bajo la accion de pequeñas dósis de alcohol,

sobrevienen excitaciones frénicas que completan la semblanza de la intoxicacion de que tratamos, con la locura. ¿Quién no conoce al borracho de profesion? Solo puede ser confundido con el apoplético ó con el demente: hiperemia pasiva del lomo de la nariz y pómulos, párpados plomizos, conjuntivas inyectadas, labios péndulos, semblante inmóvil, andar incierto, movimientos lentos y vacilantes, tal es el hábito exterior del ebrioso. Quéjase de pesadez de cabeza; habla con dificultad; su inteligencia es obtusa; frecuentemente le atormenta el vértigo; su apetito está apagado; sus digestiones penosas y, aun cuando abrumado por la pena de que el abominable vicio le arrastra á situacion tan triste, no tiene reactividad moral para moderar el aguijon que le incita á entregarse á nuevas libaciones.

No siempre la enajenacion provocada por abusos alcohólicos va precedida de la borrachez; se ven muchos individuos entregados á la bebida, que llegan al *delirium tremens* ó á la *locura alcohólica* sin haberse embriagado nunca. De todos modos, el *delirium tremens*, una de las formas mas frecuentes de la locura provocada por las bebidas alcohólicas, presenta un conjunto de caractéres que no permiten confundirle con ninguna otra afeccion. A veces se declara súbitamente, pero, por lo comun, va precedido de insomnio ó bien de un sueño agitado por penosos ensueños. Otras veces no estalla sino á consecuencia de una profunda sucusion moral, como un susto, un disgusto ó un pesar ó una enfermedad aguda. Sus síntomas característicos son: insomnio, temblor, sudores profusos y alucinaciones. Recientemente, en el *Journal de Medecine et Chirugie practiques*, se han publicado dos casos de delirio alcohólico sin temblor, lo cual prueba que este síntoma no es indispensable para el diagnóstico de la enfermedad de que se trata. Se ha dicho que las alucinaciones del tacto y de la vista, consistentes en que el enfermo ve y siente moverse por su cuerpo animales asquerosos, caracterizan el delirio alcohólico: no creemos bastante fundada esta afirmacion, pues hemos visto este mismo género de alucinaciones en diferentes de manía aguda con delirio, en cuya etiología no figuraban los abusos de la bebida.

Una triste singularidad de la locura alcohólica es la propension á parar á la parálisis general, en época muy temprana y á veces antes de que se hayan desplegado por completo los fenómenos de exaltacion frénica propios de la manía. La locura debida al alcohol se reconoce por el temblor de las manos y lengua, por la obtusion del tacto y vista, por la anafrodisia, por el vértigo,

por el hormigueo y convulsiones de las piernas y á veces por la aparicion de ataques epilépticos. Es tambien notable que esta clase de alienados son los que manifiestan mayor perversion de sentimientos, los que se entregan á actos mas criminales y los que menos se someten á las prescripciones disciplinarias del establecimiento.

Despues de lo expuesto, el *delirium tremens*, causado por el alcohol, no podria confundirse con la *locura saturnina*, por mas que ambos estados vayan acompañados de temblor; en la última, además de los signos que puede proporcionar el exámen de las encías y los precedentes de la parálisis, convulsiones y cólicos especiales, hay de particular que, en vez de un delirio locuaz y agitado, como en la *manía potu*, se nota un profundo estupor, que alterna con la exaltacion frenopática.

Como la ebriosidad, la *vida licenciosa*, en el concepto de causa determinante de las enfermedades mentales, presenta una accion física y una influencia moral. *Física*, por las repetidas infracciones del régimen higiénico y por la falta de órden en las horas de comer, de dormir, de trabajar, etc.; *moral*, por los sinsabores, penas y quebrantos que llevan en pos de sí las aventuras que el libertino no cesa de buscar y que, por lo comun, encuentra en hora malhadada. La verdad es que muchos libertinos lo son porque su cerebro ya de sí da poco, y en esos excesos de la juventud, que una vituperable tolerancia suele decorar con el socorrido nombre de *calaveradas*, aparece el primer peldaño de una escala descendente, que no para hasta la confirmacion de la locura. Esto debieran tenerlo muy entendido los encargados de la direccion de esos infelices candidatos á la alienacion mental, para oponer oportunamente un dique á esas inclinaciones á la disipacion y á la crápula. Por punto general, el dinero en manos de la juventud, es un tósigo moral: es la llave del placer que mas tarde abre las puertas del remordimiento, de la senectud precoz y del manicomio. Si el jóven es rico de imaginacion y y vivo de carácter, búsquensele placeres honestos, pero, sobre todo, encáucensele sus actividades, para que produzcan algo de provechoso. ¿Por qué consentir que consuma en el café, en el juego ó en burdeles, el tiempo que debiera dedicar al taller, á la escuela, al bufete ó al escritorio? Créese que ya llegará la época de madurez, ¡pero cuántos cerebros se averían sin madurar!

Los *excesos venéreos* deben tambien figurar entre las causas mixtas de la locura, pues si, por una parte, influyen debilitando todo el organismo y especialmente el sistema nervioso, por

las reiteradas pérdidas de humor prolífico y por lo que se extraga la sensibilidad; por otra obran causando la degradacion de los sentimientos mas delicados.

Entre las causas determinantes que mas influyen en el desarrollo de la alienacion mental, en la juventud, no vacilamos en colocar en primera línea al *onanismo*. Verdad es que la mayor parte de los locos, por efecto de un estímulo anormal, provocado por su propia enfermedad, se entregan á la masturbacion con extraordinario furor, agravado grandemente su estado patológico y encaminándole á un término funesto; pero, aun limitándonos á considerar al onanismo como causa de la determinacion inicial de la locura, no puede desconocerse que es una de las mas influyentes y, ya, no solo en el hombre, si que tambien en el sexo femenino. El onanista, como el beodo, llega á comprender el mal que se causa cada vez que se entrega á sus fatales inclinaciones y hace reiterados propósitos de enmienda. Raras veces deja de salir vencido por la pasion. Contempla su impotencia moral; ve el abismo á que le precipita el vicio, y se reconoce sin fuerzas para asirse á la virtud. En tal situacion de ánimo, se hunde en la desesperacion y en la tristeza; cree que su mal es incurable y frecuentemente acaricia la idea de poner término á sus dias. ¡Feliz entonces si encuentra quien le aliente, le sostenga y le *vigile!* ¡Desdichado si no hay quien le consuele y se haga cargo de su penosa situacion!

Las enfermedades mentales debidas al onanismo no siempre ostentan el sello que indica su procedencia etiológica; pero frecuentemente es posible descubrir este orígen por los siguientes caractéres: obtusion de los sentimientos, alucinaciones del oido, forma mística del delirio y gran propension á presentar tempranamente los síntomas propios de la demencia.

CAPÍTULO XVI.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

El objeto fundamental de una buena clasificacion clínica ha de ser proporcionar el mayor número posible de utilidades prácticas, de modo que, al determinar junto al enfermo que su afeccion pertenece á este ó al otro grupo nosológico, nazcan en la mente los conceptos más útiles desde el punto de vista de la etiología, de la semeiótica y de la terapéutica. No abogamos pues, en lo relativo á clasificaciones, ni por la naturalidad ni por el artificio de estas, sino por su utilidad clínica; mas, como las divisiones naturales son las que proporcionan por tal respecto mayores ventajas, no es de extrañar que estas sean á su vez las que hayan hecho mayor fortuna.

Prescindamos de cuanto se ha hecho sobre el particular, ó por mejor decir, abarquemos cuanto hay útil en los diferentes ensayos de clasificacion de las enfermedades mentales y vengamos á establecer la que nos sirve de pauta en nuestra clínica. A pesar de las marcadas aficiones anatómicas que hemos manifestado en el decurso de esta obra, renunciamos á todo conato de clasificacion basada en el sitio de las lesiones que producen los trastornos funcionales, porque, hoy por hoy, esta idea seria mas especulativa que práctica, en razon á que no tenemos suficientes datos para establecer estas localizaciones, y aun cuando los tuviéramos, ni sabríamos ponderar con precision el valor clínico de estas lesiones, ni tendríamos á nuestra mano una terapéutica pronta á obrar segun el sentido de las indicaciones sugeridas por el sitio y naturaleza del daño encefálico (1).

(1) Escrito estaba, no solo este capítulo, si que tambien toda la obra, cuando ha llegado á nuestras manos un trabajo titulado *Lecons cliniques sur les maladies mentales, professés á la Salpetriere*, por el Dr. Augusto Voisin —1876,— del cual nos hacemos un deber hacer una distinguida mencion, ya que no nos sea dable ofrecer una buena reseña. El autor, tan ventajosamente conocido por sus estudios experimentales, presenta á la faz del

Reduzcamos, pues, modestamente nuestras aspiraciones nosotáxicas al perímetro de la Fisiología, ya que lo único que conocemos positivamente de las enfermedades mentales es su sintomatología, ó sean los trastornos funcionales. Esto no es desperdiciar ninguna de las ventajas de los conocimientos modernos, pues es evidente que, hallándonos en posesion de la nocion fisiológica, nos elevaremos, hasta donde la ciencia lo permita, al conocimiento anatómico, con solo hacer aplicacion de cuanto llevamos dicho respecto de las relaciones que se han descubierto entre las alteraciones dinámicas y los trastornos orgánicos de los aparatos que constituyen los centros nerviosos.

Una sucinta exposicion de las diferentes clasificaciones propuestas desde Esquirol hasta nuestros dias, pondrá de manifiesto las ventajas clínicas de la que nos sirve en nuestra práctica.

Esquirol, siguiendo la idea de Pinel, dividió las enfermedades mentales por los síntomas y forma en cinco géneros:

1.° *Lipemania*—que es la *melancolía* de los antiguos:—delirio circunscrito á un corto número de ideas, con predominio de una pasion triste, ó depresiva.

2.° *Monomania*—delirio circunscrito á un corto número de ideas, con predominio de una pasion expansiva.

---

mundo psiquiátrico el ensayo de una nueva clasificacion de las enfermedades mentales, cuyos fundamentos son: la sintomatología, la patogenia y la anatomía patológica. Tratando de las clasificaciones basadas en los síntomas, dice que es sin duda útil y de trascendentales aplicaciones el estudio de los fenómenos de las enfermedades; pero la ciencia no puede ni debe permanecer estacionaria, y despues de un período de observacion pura de la alienacion mental, solicita aplicaciones prácticas, útiles ó inmediatas. «Yo creo, dice, que es preciso hacer respecto de la locura, lo mismo que ya se ha hecho respecto de la parálisis general, esto es, conocer su naturaleza, diferenciar sus formas, descubrir la patogenia de sus diversas modalidades, y, por lo tanto, perfeccionar las indicaciones terapéuticas, objetivo adonde deben dirigirse todos nuestros esfuerzos.»—A continuacion rechaza, como nosotros, la clasificacion etiológica de Morel, y añade: «El progreso en la Patología mental, lo mismo que en todas las ramas de la Medicina, no es posible sino por la participacion de la Anatomía patológica, y toda clasificacion que aspire á ser racional, deberá fundarse en la etiología, en la patogenia, en la clínica, y en la anatomía patológica. Tan íntimamente convencido estoy de que de hoy en adelante todos los estudios de la Medicina mental deben tener esta base, que no tengo memoria de haber practicado ni una sola autopsia de alienado en que no haya encontrado lesiones cerebrales ó extra-cerebrales, unas perceptibles á simple vista, cosa ya demostrada por Parchappe, otras solo apreciables por medio del microscopio..... Por la aplicacion del microscopio y del estudio á la patología experimental, es como la patología mental participará de los progresos de las otras partes de la Medicina.»

Cuánta concordancia hay entre estas ideas y las nuestras, se puede colegir de la simple lectura de los cortos párrafos que hemos traducido; excusamos, pues, decir que hemos leido con avidez las *Lecciones* del Dr. Vernois, las cuales nos parece abren nuevos y vastos horizontes á la Freno-patología. En la imposibilidad material de exponer estas ideas en extracto, nos reservamos enriquecer el texto de nuestro Tratado con algunas notas que vendrán al caso en diferentes capítulos de la seccion segunda.

3.° *Manía*—delirio general, con sobrexcitacion.

4.° *Demencia*—pérdida de la fuerza y energía de las facultades mentales.

5.° *Imbecilidad é idiotismo*—defecto de desarrollo de las aptitudes cerebrales.

Los defectos de esta clasificacion, utilísima en su tiempo, son: 1.°, no comprender las formas mentales últimamente descubiertas y particularmente la parálisis general, y 2.°, imposibilidad de incluir en ella las formas mixtas, ó compuestas, que con tanta frecuencia se observan en la práctica, tales como la manía melancólica, la monomanía melancólica, la melancolía con demencia, el idiotismo con manía, etc.

Aun es menos aceptable la clasificacion *psicológica* de Henriot, que divide las enfermedades mentales en tres clases: 1.ª, *lesiones de la inteligencia*, que comprenden los delirios parciales; 2.ª, *lesiones de la voluntad*, en donde está concluida la manía, y 3.ª, *lesiones de los sentimientos afectivos*, formada por las melancolías.—Además de que en la práctica no se observa el aislamiento de las alteraciones psicológicas correspondientes á estos tres órdenes de facultades, que seria necesario para hacer posible una clasificacion fundada en este principio, ante semejante idea, se aparta de la mente del clínico la nocion del trastorno somático, que es lo esencial en todas las enfermedades, sin exceptuar las mentales.

Morel ha pretendido fundar una *clasificacion etiológica*, que, aun cuando tiene algunos lados prácticos, es de todo punto inaplicable como guia del diagnóstico. Forma seis grupos, segun la naturaleza de las causas de la enfermedad mental: 1.°, *alienaciones hereditarias;* 2.°, *debidas á la intoxicacion*; 3.°, *consecutivas á la trasformacion de ciertas neurosis;* 4.°, *idiopáticas;* 5.°, *simpáticas;* y 6.°, *demencias*. No tratándose de causas que tengan siempre un mismo modo de obrar ni conduzcan constantemente á unos mismos resultados, la clasificacion de Morel es de todo punto inadmisible, pues por ella se asimilan estados frenopáticos muy diversos y resultan disociados otros que presentan notables analogías. Así que, por ejemplo, en el grupo de las hereditarias, deberian incluirse casi todas las enfermedades mentales, desde la manía hasta la parálisis general, al paso que no seria fácil decidir si la manía subsecuente á la epilepsia debe referirse á este mismo grupo ó al tercero, formado por las consecutivas á la trasformacion de las neurosis.

Mucho mas plausible es la clasificacion de Marcé, fundada en

las de Ferrus, Parchappe y Baillargier, que se expresa en el siguiente cuadro:

- Vesanias puras.
  - Delirio general
    - con exitacion: manía.
    - con depresion: melancolía.
  - Delirio parcial. Monomanía.
  - Demencia.
- Vesanias asociadas entre sí.
  - Manía y melancolía, manía de doble forma.
  - Manía y demencia.
  - Melancolía y demencia.
  - Manía y demencia.
- Vesanias asociadas ó lesiones del movimiento.....
  - Con lesion orgánica.—Parálisis general.
  - Sin lesion orgánica apreciable.
    - Epilepsia, histerismo, éxtasis, catalepsia, corea.
    - Locura alcohólica, pelagra.
- Estados congénitos..... Idiotismo, imbecilidad y cretinismo.

Los reparos que caben hacer á esta clasificacion son: 1.°, que en la primera clase, ó de las vesanias puras, se da por supuesto que en todas hay delirio, siendo así que en muchas manías y melancolías que no presentan mas que exaltacion ó depresion de los sentimientos ó de las facultades intelectuales y falta la ideofrenia; 2.°, que la demencia se encuentra comprendida en un grupo que no le corresponde, pues además de que ella suele ser el último término de las vesanias puras ó mixtas, carece de un elemento que es esencial en estas, á saber: el estado emocional, expansivo ó depresivo, hecho que tiene una alta significacion semeiológica; 3.°, que, si es conveniente distinguir las vesanias puras de las mixtas, esta asociacion forma por lo comun un puro accidente en las enfermedades mentales, y, por consiguiente, no puede servir de punto de partida para un diagnóstico fundamental; y 4.°, que en el grupo de las vesanias asociadas á lesiones del movimiento, en el cual están comprendidas la epilepsia, el histerismo, etc., no se distingue si estas últimas enfermedades deben considerarse como elementos patogenéticos de la vesania, ó como meras complicaciones de esta, circunstancia que, tenida en cuenta, induce notables variaciones en el pronóstico y en el tratamiento.

Es sin duda seductora y susceptible de útiles aplicaciones clínicas la idea de Guislain de hacer derivar la nocion del estado frenopático de las seis órdenes de manifestaciones fisiológicas de las facultades psíquicas que sirven de tipo de comparacion. Consúltese el cuadro que hemos expuesto en la página 215 para formar concepto de estos tipos fisiológicos, á cada uno de los cuales corresponde un grupo de frenopatías elementales, que son: 1.°,

la *melancolía* ó *frenalgia:* exaltacion de los sentimientos de tristeza; 2.°, el *éxtasis* ó *frenoplexia*, suspension de los actos intelectuales, con rigidez general; 3.°, la *manía* ó *hiperfrenia:* exaltacion apasionada de la moral; 4.°, *locura* ó *parafrenia:* anomalías de la voluntad; 5.°, *delirio* ó *ideofrenia:* anomalías de las ideas; y 6.°, *demencia* ó *afrenia:* decaimiento ú obliteracion de los actos morales é intelectuales. Estas formas elementales pueden presentarse en toda su pureza ó combinarse entre sí, dando lugar á las frenopatías compuestas, tales como la *manía melancólica*, la *melancolía maniaca*, la *manía con demencia*, etc.

Esta clasificacion, que nos sirvió de guia en nuestros primeros pasos, y que puede prestar grandes ventajas al principiante, tiene el defecto de que no siempre es fácil, en las formas compuestas, determinar cuál sea el tipo preponderante, ó como diria el autor, el *fenómeno radical*, y así por ejemplo, puede darse el caso de que no sepamos si debemos llamar *manía melancólica* ó *melancolía maniaca* al estado en que hay á la vez tristeza y exasperacion, etc., pues, por mas que Guislain diga que el fenómeno radical es aquel que primero se presenta, no dejan de observarse trasformaciones completas, por las cuales el estado actual difiere esencialmente del que presentaba la enfermedad en su período de invasion. Además, el nombre de locura—*folie*—aplicado á un género de vesanias caracterizadas por desórdenes de la voluntad; no nos parece adecuado, puesto que, en el sentido recto y consagrado por el uso, la *locura* no es una variedad del trastorno mental, sino un término genérico que equivale á desórden de las facultades morales é intelectuales. No reservamos el nombre de *locos* para los que hablan, gesticulan y saltan sin ton ni son; sino que tenemos tambien por tales los que deliran, los que padecen tristeza morbosa, los que experimentan arrobamientos estáticos de la inteligencia y de la motilidad, etc., etc.

Todas estas razones nos han movido á fundar una clasificacion, que, respondiendo á los designios expresados en las precedentes, al propio tiempo que tienda á proporcionar alguna nocion anatomo-patológica, inspire los fundamentos mas esenciales de la semeiótica y de la terapéutica.

Partiendo de estas ideas, formamos tres grupos primitivos, á saber:

1.° *Locuras*: estados frenopáticos con fondo emocional predominante;

2.° *Demencias:* decadencia ó pérdida de las facultades mentales;

3.° *Defectos de desarrollo frénico*: detencion del desarrollo de las aptitudes morales é intelectuales.

Los caractéres generales de las enfermedades mentales comprendidas en el primer grupo—*locuras*—son:

1.° No hay decadencia ni pérdida de facultades mentales.

2.° Exageracion, depresion ó desórden de las funciones psicológicas.

3.° Un estado emocional, ó de pasion morbosa dominante.

4.° No vienen á consecuencia de las de otros grupos, pero frecuentemente pasan á las del segundo ó al estado crónico.

5.° Son curables, mientras no hayan pasado al estado de demencia.

Y 6.° Las lesiones cerebrales que las sostienen, son de carácter vascular, ó hiperémico.

La clase de las *locuras* comprende cuatro géneros:

1.° *Manía*: exaltacion de la afectividad y de la inteligencia; si hay delirio, es general.

2.° *Melancolía:* predominio de los sentimientos tristes, con ó sin delirio general triste.

3.° *Monomanía:* exaltacion de los sentimientos alegres, con delirio circunscrito ó sistematizado.

4.° *Extasis:* suspension de los actos intelectuales y estéticos, con rigidez general.

5.° *Locuras patogenéticas*: sostenidas por otros estados neuropáticos—epilepsia, histerismo, etc.—ó por agentes tóxicos—alcohol, opio, hachisch, belladona, preparados plúmbicos, etcétera.—

Los caractéres de las enfermedades de la segunda clase, ó sea de las *demencias*, son:

1.° Decadencia ó pérdida de las facultades mentales.

2.° Progresion en sentido de causar perturbaciones en los movimientos—parálisis, convulsiones, espasmos.—

3.° Pueden ser primitivas, venir como terminacion de algunas de las comprendidas en el grupo que antecede, ó subseguir á una enfermedad cerebral comun—apoplegía, tumor, etc.—

4.° Su causa anatómica consiste en una lesion de nutricion de la sustancia cerebral—reblandecimiento, esclerosis, etc.—

5.° Son incurables, pero susceptibles de paliacion.

En esta clase comprendemos solo dos géneros, á saber:

1.° La *manía paralítica*, ó *parálisis general*: fondo emotivo alegre, delirio ambicioso, decadencia gradual de la fuerza intelectual y parálisis progresiva de los movimientos.

Y 2.° La *demencia* propiamente dicha, que ofrece los caractéres generales del grupo.

La tercera clase, ó *anomalías frénicas por falta de desarrollo*, presenta los siguientes caractéres:

1.° No constituyen verdaderos estados de alienacion mental, sino defectos de desarrollo de las aptitudes psíquicas.

Y 2.° Son de orígen congénito é incurables.

Compréndense en esta clase: 1.°, los *idiotas*; 2.°, los *imbéciles*; 3.°, los *niños atrasados*; 4.°, las *inteligencias anormales*, y 5.°, los *cretines*.

Todas estas *formas* de las enfermedades mentales, pueden observarse aisladamente, ó en estado de simplicidad, ó presentarse combinadas entre sí, no solamente las correspondientes á una misma clase, sino las que pertenecen á clases distintas. En el primer caso, las formas frenopáticas se llaman *simples* y en el segundo *mixtas*, ó *complexas*. De ahí resulta que puede haber: *manías melancólicas*, *manías estáticas*, *manías* con *demencia*, etc.

El siguiente *Cuadro* permitirá abarcar de un solo golpe de vista nuestra clasificacion.

Clasificacion de los estados frenopáticos.

ORDEN 1.° *Locuras*.—Estado emocional dominante—sin decadencia ni pérdida de facultades mentales—exageracion, depresion ó desórden frenopático — primitivas; susceptibles de pasar al estado crónico ó á la demencia—curables, mientras no haya de mencia—lesiones cerebrales de carácter hiperémico.	*Manía*.—Exaltacion de la afectividad y de la inteligencia, sin delirio ó con delirio general. *Melancolía*. —Predominio de los sentimientos tristes; si hay delirio, es general. *Monomanía*. — Exaltacion de los sentimientos alegres; delirio circunscrito. *Éxtasis*.—Suspension de los actos intelectuales y estéticos, con rigidez general. *Locuras palogenéticas*.—Sostenidas por otro estado neuropático ó por agentes tóxicos.
ORDEN 2.° *Demencias*. — Decadencia ó pérdida de facultades—primarias ó consecutivas — lesiones de nutricion de la sustancia nerviosa,—incurables, solo susceptible de una terapéutica paliativa que detenga la marcha del proceso necrobiótico.	*Parálisis general, ó locura paralítica*.—Estado emocional alegre,—delirio ambicioso—decadencia y pérdida gradual de las facultades intelectuales y movimientos. *Demencias propiamente dichas*.—Caractéres generales del grupo, sin estado emocional particular.

ORDEN 3.° *Defectos de desarrollo frénico.* — De orígen congénito. — Anomalías de conformacion ó del desarrollo anatómico del encéfalo,—incurables—algunas, empero, favorablemente modificables por la educacion.	*Idiotismo.* *Imbecilidad.* *Niños atrasados.* *Inteligencias anormales.* *Ceretines.*

Las aplicaciones clínicas de nuestra clasificacion son ventajosas, pues por ellas quedan resueltas las siguientes cuestiones de capital interés en la práctica: 1.° ¿Hay simple desórden ó pérdida de las facultades psíquicas? 2.° ¿Hay un proceso morboso vascular ó trófico? 3.° ¿Es ó no curable la enfermedad? 4.° ¿Hay ó no un estado emocional dominante? 5.° ¿De qué naturaleza es la emocion afectiva? 6.° ¿Cuál el carácter del delirio? 7.° ¿La enfermedad es primitiva ó consecutiva á otro estado frenopático? 8.° ¿Es de orígen congénito ó específico?

CAPÍTULO XVII.

DEL PRONÓSTICO EN LAS ENFERMEDADES MENTALES.

El pronóstico en las frenopatías, puede ser considerado bajo dos distintos puntos de vista: 1.°, en relacion con las colectividades que forman la poblacion específica de los manicomios, tendiendo á determinar las probalidades de curacion, de alivio, de trasformacion en otras afecciones ó de muerte que ofrecen las enfermedades mentales en general, y 2.°, con aplicacion á los casos particulares, sacando inspiraciones semeióticas del valor, cómprobado por la experiencia clínica, de las diferentes condiciones de las enfermedades mentales, bien sean aquellas consideradas aisladamente, bien en las mútuas concordancias que habitualmente presentan en la práctica.

La primera tendencia de la *prógnosis* frenopática conduce á trascendentales aplicaciones del órden administrativo; mientras que la última constituye el lado verdaderamente clínico de esta seccion de la Freno-patología general.

Si fuese preciso ponderar el gran tesoro de experiencia que supone el ejercicio del pronóstico en las enfermedades mentales, diríamos, que esta es la parte de la Medicina que mas se aleja de la nocion vulgar, y por consiguiente, la que se halla mas encumbrada en las regiones de la ciencia. El vulgo, juzgando del porvenir de una enfermedad somática, encuentra en las apariencias exteriores del paciente datos que revelan, de un modo bastante preciso y al alcance del sentido comun, la mayor ó menor gravedad de la dolencia; lo contrario sucede en las enfermedades mentales, pues aquellos casos en que los síntomas frénicos se presentan mas acentuados, como el delirio maniaco y la melancolía, son precisamente los que ofrecen mayores garantías de curacion, mientras que en los afectados de delirios sintematiza-

dos, en quienes difícilmente se descubren huellas de la sin-razon, apenas es lícito conservar un vestigio de esperanza. De estos, sin embargo, es de quienes el vulgo piensa que no tienen *ningun mal*, ó que este es tan leve, que la curacion será obra de pocos dias.

A.—Del pronóstico en general, con relacion á la Estadística.

De los datos estadísticos recogidos por Guislain, durante diez años—desde 1830 á 1840—en el hospital de Gante, resulta: que entre 991 admisiones, hubo 524 salidos, 379 muertos y 88 remanentes, en estado de casi absoluta incurabilidad. Por término medio, debe calcularse, que por cada 100 entrados, hay 53 salidos; número que, sin embargo, no representa el de curaciones, pues hay que descontar, por lo menos 9 que salen del establecimiento sin curar, en virtud de ser reclamados por la familia ó por las autoridades. En tal concepto, tenemos: que por cada 100 entrados, salen curados 45; varios de los salidos sin curar, podrian empero curarse, si permaneciesen el tiempo conveniente en el asilo, bajo el régimen adecuado.

Muchos son los alienados que al entrar en el manicomio se hallan ya en estado de absoluta incurabilidad: la costumbre de mirar al asilo como la *ultima ratio* de la locura y el error de considerar estigma depresivo el haber permanecido en esta clase de nosocomios, son causas que influyen poderosísimamente en que el número de curaciones sea mucho menor de lo que resultaria si el público se convenciese de que rarísimas veces la alienacion mental deja de agravarse y hacerse incurable, si desde un principio no se somete al enfermo á la dieta moral y al conjunto de influencias psíquicas y materiales que solo es posible reunir en un buen manicomio. La monomanía es bastante rara: á contar por lo que vemos en *Nueva-Belen*, entre 100 alienados, solo hay seis afectados de esta forma; tambien son relativamente poco frecuentes la demencia esencial ó primitiva y la parálisis general. De donde se deduce que los casos cuya incurabilidad podria determinarse desde el período inicial de la afeccion, son poco numerosos y que, si se llega á las formas frenopáticas mas graves, es casi siempre despues de haber pasado por períodos mas asequibles á las armas de la terapéutica. Si las familias tuviesen el cuidado de mandarnos los enfermos en tiempo oportuno, veríamos que las enfermedades mentales no son menos curables que las somáticas, ó comunes. Es mas: como cada dia sea menor

la aprension con que el público juzga de los establecimientos frenopáticos, porque las añejas preocupaciones ceden el puesto á la conviccion experimental de que el manicomio no es una cárcel, ni un lugar de expiacion, sino un sitio en donde concurren las condiciones mas abonadas para proporcionar descanso y tranquilidad al espíritu agobiado por la pasion morbosa, creemos estar en lo seguro sosteniendo que no se hallan lejanos los tiempos en que la psiquiatria contará mayores lauros, logrando curaciones mas rápidas y mas numerosas.

Mientras no se opere este cambio en el sentido del vulgo: mientras prevalezcan las preocupaciones históricas, que tan hondas raíces tienen en el mundo profano; si los médicos alienistas obtenemos un contingente de curaciones relativamente exíguo, no habrá derecho de achacar la culpa ni á la impotencia del arte, ni á la malignidad de las enfermedades.—¿Cuál es la enfermedad del pulmon, del corazon, del hígado, del útero, ó del riñon que no ceda con dificultad despues de meses y años de abandono ó de contrarios tratamientos? ¿Se dirá que la medicina no tiene alcances para curar una bronquitis, porque, abandonada esta afeccion al capricho del enfermo, venga á parar en una tísis caseosa?

Tan es cierto lo que acabamos de exponer, que segun la grande autoridad de Pinel, en este punto acatada por todos los frenópatas, si del número total de alienados se descuentan los epilépticos, los paralíticos, los antiguos dementes, los idiotas y los casos inveterados y mal tratados, por cada 100 enfermos, se obtienen 84, 87 y hasta 93 curaciones. ¿Qué grupo nosológico brinda con mas bello contingente de resultados?

Se habla de la frecuencia de las recidivas en las enfermedades mentales; pero ¿acaso estas no son comunes en todas las enfermedades, apenas el sugeto se somete á las influencias que motivaron su primer ataque? La amigdalitis, la bronquitis, el reumatismo, las herpétides y otros mil estados patológicos, reaparecen desde el instante en que vuelven á obrar las causas abonadas; ¿por qué admirarse de que otro tanto suceda en las enfermedades mentales? De todos modos, las estadísticas permiten establecer, que por cada 100 enfermos curados de alienacion mental, hay de 17 á 20 que recidivan.

Los casos de muerte entre los afectados de alienacion mental, deben dividirse en dos grupos: uno formado por los que mueren á consecuencia de la vesania, y otro por los que fallecen por los progresos de la edad ó por otra enfermedad accidentalmente

contraida. Es un hecho averiguado que la mortalidad es mucho menor en los establecimientos privados que en los públicos; esta diferencia, en sentir de Guislain, depende: 1.°, de que en los establecimientos públicos concurre una poblacion enervada por las privaciones; 2.°, de que hay mayor número de demencias primitivas y seniles; 3.°, de que los asilados son atendidos con menor esmero y no de un modo individual; 4.°, de que en los establecimientos privados los cuidados son mas asíduos y directos; 5.°, de que en estos hay mayor número de casos crónicos y menos demencias primitivas, y 6.°, de que en los privados las salidas son mas anticipadas que en los públicos, á causa de que frecuentemente la familia agota los recursos para seguir pagando la pension. Esto, sin embargo, conviene no juzgar de las condiciones de un manicomio por la cifra mas ó menos elevada de su mortalidad, puesto que hay gran número de accidentes que pueden rebajarla ó aumentarla. «Si en un dado establecimiento el número de defunciones se eleva hasta 12 por 100, no se crea por esto que los alienados están menos bien cuidados que en tal otro en que la mortalidad no marca mas que el 8 por 100. Así, esta cifra que es de 0,11 en los establecimientos ingleses, se reduce á 0,08 en los establecimientos irlandeses, á 0,07 en los escoceses: ¿es lógico deducir de ahí que los alienados están menos bien tratados en las casas inglesas que en las de Irlanda y Escocia?» (1). En concepto de Guislain, de conformidad con Thurnam y Schlemm, un asilo público cuya mortalidad sea mayor de 12 á 13 por 100, debe ser juzgado desfavorablemente, y al contrario, merece recomendacion el manicomio público que no dé mas allá de 10 defunciones por 100. Respecto á las curaciones, puede tambien decirse que es poco favorable el manicomio en que se obtenga menos de un 40 por 100 de felices terminaciones, y que, al contrario, reunen condiciones plausibles los que produzcan 45 curados por cada 100 entrados. Esta es la opinion general entre los alienistas: nosotros, concretándonos á los resultados del último bienio, desde que *Nueva-Belen* ha sido establecida en el lugar que hoy dia ocupa, contamos una proporcion de 51 curaciones por 100 entrados. Las defunciones no llegan al 3 por 100.

---

(1) Guislain: *Lecons orales sur la phrenopathies.*—Tomo II, pág. 230.

B.—del pronóstico en particular, ó con relacion á las condiciones de la enfermedad y del enfermo.

El pronóstico de las enfermedades mentales, estudiado desde el punto de vista clínico, varía segun los signos deducidos de las ocho condiciones siguientes: 1.ª, forma de la enfermedad; 2.ª, marcha de la misma; 3.ª, tiempo que ha durado; 4.ª, complicaciones y síntomas especiales; 5.ª, crísis; 6.ª, causas; 7.ª, edad del paciente; y 8.ª, época del año.

Entre las diferentes obras que sobre el particular hemos consultado, en ninguna nos parece tan práctica ni tan magistralmente tratada esta cuestion, como en las preciosas *Lecciones orales* del Dr. Guislain; de ahí que, tratando de concertar las ideas del ilustre médico de Gante con los frutos de nuestra experiencia particular, hayamos creido conveniente presentar bajo la forma aforística, cuanto dice relacion al pronóstico clínico de las enfermedades mentales, refiriéndonos á los ocho puntos ó condiciones capitales arriba enumeradas.

a. Forma de las enfermedades mentales.

1.° El éxtasis, la melancolía y la manía, son las únicas formas mentales curables; cuanto mas una enfermedad mental se aparta de estos tipos, tanto mas difícilmente se logra su curacion.

2.° El éxtasis es mas curable que la melancolía, y esta mas que la manía.

3.° Cuando el éxtasis se complica con la melancolía, es menos curable que cuando no presenta esta asociacion; lo es aun mucho menos si se une á la demencia.

4.° La curabilidad de la melancolía es tanto mayor cuanto mas simple es la vesania, pues si hay delirio ó aberraciones de la voluntad, su curacion es mucho mas difícil.

5.° Cuando la melancolía se complica con actos impulsivos ó ilusiones especiales ó presenta síntomas de demencia, tiende á la incurabilidad.

6.° Las manías agudas con agitacion son las mas curables; los maniacos que gritan mucho, si su afeccion es crónica ó tiende á la demencia, suelen ser incurables.

7.° Cuando la obliteracion de las facultades intelectuales se presenta de un modo agudo y desde el principio, en la manía, hay que esperar una rápida curacion.

8.° La manía tranquila, ó sin delirio, es menos curable que la agitada y con delirio furioso, desde el principio; pero si la agitacion aparece secundariamente, la curacion es rara.

9.° Cuando en el decurso de la manía aparece dificultad de pronunciar, incoherencia de ideas, descomposicion del semblante, indiferencia moral y sobre todo evacuacion involuntaria de las heces, es seguro que la enfermedad pasa al estado crónico y se ha hecho incurable.

10. La reaparicion de los sentimientos de familia, en la manía, es el indicio mas favorable que se puede desear.

11. Cuanto mas circunscrito y especial el objeto del delirio maniaco, tanto mas difícil es la curacion.

12. El delirio religioso tiende á estacionarse y á presentar remisiones muy largas, y frecuentemente anuncia incurabilidad. Lo propio sucede en las manías ambiciosas ú orgullosas en que el delirio se especializa en un objeto.

13. La alegría, cuando aparece desde el principio de la enfermedad mental, es indicio de mal pronóstico; si sobreviene durante el curso de la manía, no tiene importancia alguna; cuando aparece en el período de estadio, indica que va á presentarse un nuevo paroxismo.

14. Los locos que, sin ser interpelados, sonrien frecuentemente, son por lo comun incurables, mayormente si este fenómeno aparece cuando la enfermedad data ya de bastante tiempo.

15. Si la alegría aparece súbitamente, en medio del éxtasis ó de la tristeza, indica que la enfermedad se agrava.

16. La alegría y la risa, en las histéricas, no tienen importancia pronóstica.

17. El delirio, las alucinaciones, las anomalías de la voluntad y la demencia, son condiciones adversas en el pronóstico de las enfermedades mentales.

18. Las formas patéticas de sentimiento, dice Guislain, que comprenden: el arrobamiento, la tristeza y la turbulencia, ofrecen muchas probalidades de curacion.

19. La calma y la indiferencia moral, son de mal agüero.

20. Cuando el desórden en las ideas se manifiesta desde el principio bajo el aspecto de tristeza ó de agitacion, de modo que el enfermo grita, rompe y destroza, no es grave; si, al contrario, el delirio se declara gradualmente, en época tardía y cuando debiéra anunciarse la curacion, es señal de una terminacion funesta.

21. Cuando el delirio se acompaña de impulsos extraños de

homicidio, suicidio, sitofobia ó destruccion, agrava notablemente el pronóstico.

22. Cuanto mas circunscrito el delirio, tanto mas anuncia dificultad en la curacion de la enfermedad mental.

23. El delirio místico y el ambicioso, son difíciles de curar y aun es de mas fatal pronóstico aquel en que el enfermo se cree trasformado en otro ser ó que en su cuerpo se albergan animales asquerosos.

24 Si estas formas graves del delirio van acompañadas de un estado anémico ó de debilidad, puede esperarse la curacion.

25. Los delirios ebrioso, ambicioso ó frívolo, inspiran recelos de mala terminacion.

26. Las anomalías caprichosas de la voluntad, que se manifiestan por contínua oposicion á hacer lo que se le manda al enfermo, suponen que la afeccion mental tiene hondas raices y, por consiguiente, que su curacion será difícil.

27. Por punto general, es de mal pronóstico la sitofobia; pero lo es menos cuando aparece desde el principio de la enfermedad que en un período adelantado, así como tambien es menos grave la que acompaña á la manía que la que se asocia á la melancolía.

28. Cuando un enfermo robusto rehusa la comida, porque cree que está envenenada, debe augurarse desfavorablemente; porque es muy difícil convencerle de su error, y además porque lo que ingiere suele no causarle provecho.

29. Es tambien de mal pronóstico, por mas que no sea indicio de incurabilidad, el capricho de ciertos enfermos de adornarse ridículamente con flores, lacitos, pingajos, ó vestidos extraños.

30. Los que, dominados por ideas religiosas, se entregan á la penitencia, se dan golpes ó permanecen largas horas arrodillados, se curan difícilmente; no obstante, si, en medio de todos estos actos, el enfermo no está tranquilo, sino agitado, descontento ó triste, es menos grave el concepto que debe formarse de las susodichas exageraciones místicas.

31. Las inclinaciones al suicidio contribuyen siempre á agravar el pronóstico; estas son empero mas graves, si aparecen como tendencias destructoras aisladas; si el suicidio se asocia á la tristeza melancólica, da esperanzas de curacion y aun es menos grave cuando acompaña á la manía; pero es de mal agüero, si se presenta bajo un aspecto sonambuliforme.

32. El delirio lacerante ó destructor es siempre de mal pronóstico; no obstante, si viene como complicacion de la manía, pierde mucho de su gravedad.

33. Las impulsiones homicidas concebidas sin agitacion y con sangre fria, indican mucha dificultad de curacion; Guislain, sin embargo, ha visto curarse algunos casos de esta naturaleza.

34. La demencia verdadera, es siempre incurable; pero hay estados de obliteracion de las facultades intelectuales, que se presentan al principio de la manía ó de la melancolía, y otros de estupor, que remedan la demencia, los cuales no ofrecen gravedad alguna.

35. Si, en el decurso de una locura, se declara obtusion en los conceptos, debilidad de la memoria é indiferencia, debe conceptuarse que la enfermedad se trasforma en demencia y, por consiguiente, que es incurable.

36. Sin embargo, si aun hay coherencia en las ideas y conservacion del recuerdo de los nombres, mientras no hayan trascurrido los dos ó tres primeros trimestres de enfermedad, puede aun tenerse algunas esperanzas.

27. La demencia simple, con mera incoherencia, no influye sensiblemente en la duracion de la vida del enfermo, si este se halla rodeado de las convenientes condiciones higiénicas.

38. Cuando al decaimiento de la inteligencia se agrega atonía muscular, debilidad general, inclinacion anterior de la cabeza, progresion y actitudes inseguras é inapetencia, se puede asegurar la proximidad de la muerte.

39. La parálisis general es siempre un estado muy grave; hay empero afecciones cerebrales, consistentes en hiperemias crónicas de las meninges, que aparentan la parálisis general, pero sin dificultad de pronunciar las palabras, ni delirio ambicioso; en estos últimos casos, el pronóstico es menos grave, pues el enfermo puede vivir largos años con su mal.

40. La locucion difícil ó vacilante, es siempre un signo de gravedad, pero no siempre de absoluta incurabilidad.

41. Cuando hay ideas ebriosas ó ambiciosas acompañadas de parálisis de los miembros, el pronóstico es grave.

42. Cuando la demencia se asocia á impulsiones caprichosas de la voluntad, de modo que el enfermo ejecuta movimientos carfológicos, recoge objetos insignificantes, se viste de un modo extraño, manipula sus excrementos ó se quita los vestidos, el pronóstico es de incurabilidad, por mas que no haya alteraciones en la locucion.

B.—Curso de la enfermedad.

1.° Toda invasion brusca, inmediatamente seguida á la accion de la causa, es de buen pronóstico; se exceptúa empero la parálisis general, que frecuentemente viene á consecuencia de un síncope cerebral inopinado.

2.° Cuando la alienacion mental, apareciendo de un modo súbito, va acompañada de convulsiones, hace suponer que el acceso no tardará en cesar; pero debe inspirar recelos de que la enfermedad será rebelde, pues vendrá complicada con la epilepsia.

3.° Cuando los síntomas se suceden con rapidez, llegando en poco tiempo la enfermedad á su período de estadio, si su forma es el éxtasis, la melancolía ó la manía y no hay convulsiones ni parálisis, puede pronosticarse una terminacion feliz.

4.° Las enfermedades mentales que se mantienen estacionarias ó se anuncian de lejos ó se desenvuelven lentamente, siendo apenas sensible su invasion, pasan al estado crónico; y si el sugeto es viejo ó débil, se trasformarán en demencia.

5.° Hay intervalos lúcidos buenos y malos: los primeros son los verdaderos, y se caracterizan por la normalizacion de los sentimientos y por su duracion cada vez mayor; los últimos son meros estados de aparente calma, pero no de lucidez mental, en que no renacen las afecciones del espíritu y nada favorable anuncian, pues se observan en el período de ascenso de las vesanias.

6.° No hay que fiar de ciertos intervalos lúcidos, que á veces se presentan en la demencia, durante los cuales el enfermo deja de hablar con dificultad y hasta recobra la memoria; en estos casos, no tardan en reaparecer los síntomas de parálisis, y la enfermedad sigue su curso fatal.

7.° Cuando una enfermedad mental del grupo de las locuras, deja su tipo contínuo, para adquirir el intermitente poco regular, hay indicio de que se encamina á la curacion; mas, si los accesos son decididamente intermitentes y regulares, señala que pasa al estado crónico.

8.° Las intermitencias que en los casos agudos se presentan en el período de declinacion, son favorables.

9.° El tipo intermitente con intervalos muy largos, de tres ó de seis meses, ó de un año, señala una curacion muy difícil; sin embargo, no hay que desesperar del todo, pues no es raro que

los accesos se vayan aproximando y que la enfermedad termine favorablemente.

10. Las exacerbaciones con ansiedad son siempre desagradables; pero si acompañan á la manía ó á la melancolía, son mucho menos graves. Las impulsiones instintivas y particularmente las homicidas, suponen una curacion muy difícil; las suicidas son mucho menos temibles.

11. Toda curacion súbita en una enfermedad mental de larga duracion, debe reputarse insegura; si la enfermedad databa de poco tiempo, una curacion rápida puede ser duradera.

12. Toda trasformacion en las enfermedades mentales, es perniciosa, y debe hacer temer el estado crónico.

13. La melancolía que, despues de haber recorrido todos sus períodos, se trasforma en manía, marcha desfavorablemente, y es probable venga á parar en demencia.

14. La trasformacion de la manía en melancolía es menos temible que la anterior; pero hace siempre suponer una marcha lenta y difícil, y aun á veces la forma periódica.

15. Cuando la manía viene despues del éxtasis, frecuentemente no va seguida de curacion, sino que queda un estado permanente de agitacion ó de furor.

16. La tranquilidad, seguida de exaltacion brusca, con gemidos y extravagancias, tiene un valor clínico variable segun los casos: en los jóvenes, si no hay pesar muy antiguo, ni muestras de lesion orgánica, supone un cambio favorable; en condiciones opuestas, es adverso.

17. El éxtasis sobrevenido en el decurso de la melancolía ó de la manía, agrava el pronóstico.

18. Cuando en el curso de una alienacion crónica sobrevienen anomalías de la voluntad, ideas delirantes, alucinaciones ó inspiraciones, aumenta la gravedad del pronóstico.

19. Cuando un alienado, antes dócil, se entrega á actos de rebeldía, hay que dudar de su curacion.

20. Toda enfermedad mental en que súbitamente se declare pérdida del conocimiento, rechinamiento de dientes, ideas ebriosas y vacilacion en la pronunciacion, es de todo punto incurable.

21. Si, no habiendo manía ni melancolía, se alteran profundamente las facciones del enfermo, hay que recelar la incurabilidad.

C.—Tiempo que ha durado la enfermedad mental.

1.° La curacion en la primera quincena, se observa alguna que otra vez en la primera invasion de la manía; este resultado es muy raro en el éxtasis y en la melancolía.

2.° El 86 por 100 de curaciones se logra en el decurso del primer año de la enfermedad mental; de este número de curados, corresponden 34 al primer trimestre y 20 al segundo; los 29 restantes pertenecen al segundo semestre; en el decurso del segundo año, se obtienen 8 curaciones por 100; en el tercero 2, y en el cuarto 4. Se ven algunos casos de curacion al cabo de catorce á veinte años.

3.° Aun cuando sea de larga fecha—cinco ó seis años—la enfermedad mental, mientras no se haya declarado la demencia, aun pueden conservarse esperanzas de curacion.

4.° Siendo reciente la enfermedad mental, aun cuando presente caractéres de gravedad, con tal que no haya parálisis, epilepsia, imbecilidad ó idiotismo, es permitido conservar esperanzas de éxito favorable.

5.° La época mas comun de la curacion de la manía, es durante el primer semestre; los que no han éntrado en declinacion en el segundo ó tercer semestre, hacen perder muchas esperanzas; sin embargo, algunas terminan satisfactoriamente despues de muchos años.

6.° Al cuarto mes de tratamiento, es cuando se observan mayor número de curaciones en los melancólicos; muchos de estos curan al entrar al segundo semestre; son mas raras las curaciones despues de un año de enfermedad, y son muy contadas despues del primer bienio; las curaciones mas lentas son las de las melancolías iniciadas con mutismo ó con delirio parcial.

7.° La demencia aguda termina á veces favorablemente al fin del primero ó segundo semestre; si se obtiene alguna curacion en la demencia crónica, es en época mucho mas remota.

8.° El estupor se cura al cabo de seis á ocho meses.

9.° El mayor número de defunciones ocurre en el decurso del primer año, y de este período, en el primer trimestre; entre 100 casos de muerte, 60 corresponden al primer año de la enfermedad mental; los años segundo y tercero, en conjunto, dan un contingente de defunciones equivalente á un tercio de las que se obser-

van en el primero; al décimo año, corresponde una octava parte de las defunciones causadas por la alienacion mental.

D.—Complicaciones de la enfermedad mental.

1.° Si el *histerismo* se presenta como complicacion de la manía, lejos de agravar, alivia el pronóstico de la vesania.

2.° Las convulsiones *catalépticas* ó *eclámpticas*, como fenómenos sobreañadidos á la alienacion mental, son de mal agüero, mayormente si el enfermo es jóven.

3.° La *epilepsia*, que frecuentemente aparece en la manía y en el idiotismo, aumenta la gravedad de la vesania, pues conduce á impulsiones homicidas y determina congestiones cerebrales seguidas de parálisis; no obstante, en algunos casos se ha visto que la aparicion de las reglas ó una viva sucusion moral, han bastado á desvanecer la epilepsia y la vesania.

4.° La excesiva frecuencia del pulso, en la convalecencia, indica que esta no es franca; en la manía, amenaza la proximidad de un acceso.

5.° La lentitud del pulso, en el decurso de los intervalos lúcidos, indica la próxima aparicion del acceso.

6.° La palidez muy pronunciada, con descomposicion del semblante y frecuentes arrebatos de ira, indica un estado crónico.

7.° En las alienaciones crónicas, el color vinoso indica una complicacion con un estado visceral, que agrava la enfermedad.

8.° La reaparicion del color normal del semblante, disipándose gradualmente el tinte moreno de la melancolía, la palidez de la epilepsia, etc., es indicio de que la enfermedad mental tiende á la curacion.

9.° Cuando, en la manía crónica, aparecen sudores abundantes, con enflaquecimiento general y descomposicion de la fisonomía, hay que temer un término próximamente funesto. Estos sudores abundantes se ven, sin embargo, en los accesos de delirio furioso.

10. Las erupciones forunculosas, excematosas, ó de abscesos dérmicos y los hematomas de la oreja—*otemátomas*—reputados por algunos fenómenos críticos en las enfermedades mentales, por lo comun, no anuncian ningun cambio favorable.

11. Los vómitos, en los estados histéricos, nada ofrecen de particular; si son persistentes y con caractéres especiales, pue-

den indicar una lesion visceral—escirro del píloro, úlcera del estómago—de curacion mas ó menos asequible.

12. La incontinencia de las heces y de la orina, en la manía, no agrava el pronóstico; pero, en la demencia, indica el progreso de la parálisis y es de funesto presagio.

13. La poliuria es comun en la manía histérica y en la hipocondría, y no tiene significacion esencial.

14. La diarrea puede ser una complicacion intercurrente en la manía; la diarrea cualicuativa ó lientérica, en la demencia, suele ser precursora de la muerte.

15. Cuando, habiéndose suprimido la menstruacion durante la enfermedad, reaparece el flujo periódico, es indicio muy favorable; mas, si la enfermedad mental persiste á pesar de la normalidad de las reglas, puede presagiarse que la curacion será muy difícil; cuando la alienacion pasa al estado de demencia, en cada época catamenial suele haber una agravacion de los fenómenos frenopáticos.

16. Aun cuando los flujos hemorroidales suelen ejercer una influencia favorable en la melancolía, estas evacuaciones distan mucho de ser beneficiosas en todas las vesanias.

17. No es raro que las alienaciones mentales de marcha crónica, lleguen á su curacion en la edad crítica.

18. Frecuentemente el embarazo no ejerce influjo favorable ni adverso en las enfermedades mentales; pero, en las de tipo intermitente, puede detener el acceso.

19. El edema de las piernas y piés, en las vesanias de marcha aguda, es de buen pronóstico; en las de curso crónico—demencia, anomalías de la voluntad, etc.,—es indicio de profundos trastornos del centro circulatorio; raras veces curan los alienados que se anasarcan.

20. El escorbuto indica defecto de condiciones higiénicas, y si no se acude á tiempo, ejerce una influencia desfavorable en la marcha de la alienacion mental.

22. El enflaquecimiento, sin tos, ni sudores copiosos, ni diarrea, que se observa en la manía, indica la proximidad de una buena terminacion; en la demencia, aumenta la gravedad.

22. El aumento de gordura en los dementes, es de mal agüero; en la declinacion de la melancolía ó de la manía, anuncia la curacion; en la parálisis general, suele presentarse desde el principio, y despues sobreviene un enflaquecimiento marasmódico.

E.—Fenómenos críticos

1.° Las crísis, en las enfermedades mentales, son menos comunes de lo que generalmente se cree; pues se suelen tomar como fenómenos críticos, lo que no son sino resultados de la restitucion de la normalidad de los centros nerviosos.

2.° Por mas que se haya dicho que los sudores copiosos anuncian la terminacion favorable de la manía, es raro que así suceda.

3.° Segun Guislain, las erupciones forunculosas alrededor de las uñas—panadizos—anuncian la curacion de la vesania; lo propio se ha dicho de los abscesos del cuero cabelludo, respecto de la manía y de la melancolía, así como de las erupciones herpéticas y penfigoideas que aparecen en el cuello, pecho y manos, de la erisipela de la cara, de la sarna, de la viruela y de la ictericia. Nosotros no hemos tenido ocasion de comprobar la fijeza del carácter crítico de estos síntomas.

4.° La reaparicion del flujo catamenial merecerá consideracion de fenómeno crítico, siempre y cuando la enfermedad mental marche á su curacion por sucesivas mejorías correspondientes á cada una de las veces que se verifica la evacuacion periódica; fuera de este caso, no debe reputarse así.

5.° Cuando, en el período de invasion de la enfermedad, las reglas son abundantes, suele ocurrir una agravacion en cada época menstrual.

6.° Ni las epistaxis, ni los flujos hemorroidales, ni la diarrea, suelen aparecer como síntomas críticos en las enfermedades mentales.

7.° Raras veces las calenturas intermitentes se presentan como fenómeno crítico que anuncie la curacion de la alienacion mental.

8.° Las calenturas catarrales, gástricas, reumáticas, tifoideas, etc., que aparecen en el decurso de las enfermedades mentales, no tienen valor clínico determinado, pues unas veces van seguidas de la curacion, otras son precursoras de un acceso y otras agravan la vesania; la calentura catarral remitente, cuyas exacerbaciones y remisiones son tan marcadas que parece una intermitente, suele ser de buen agüero en la manía.

9.° El llanto, con abundantes lágrimas, suele preceder á los intervalos lúcidos y aun á veces á la curacion.

10. Los accesos violentos, en la manía, pueden considerarse

como fuertes descargas del influjo nervioso cerebral, por lo que, en pos de ellos, suele observarse mejoría.

11. Entre la manía y la tísis pulmonar, el asma y las neuralgias, suele observarse cierta compensacion, que hace que cesen los progresos de la tuberculosis, los ataques de sofocacion y de dolor nervioso, durante los accesos de la manía, para continuar en los intervalos lúcidos.

12. El cóito y la preñez, no pueden considerarse como fenómenos críticos, pues solo modifican las enfermedades mentales deteniendo los accesos próximos, pero no curándolas.

F.—Causa de la enfermedad mental.

1.° Cuanto mas complexa la etiología de las enfermedades mentales, de modo que se reconozca el influjo de distintos órdenes de causas, tanto mas grave debe ser el pronóstico.

2.° Cuando, entre la accion de la causa y la aparicion de la enfermedad, ha trascurrido un período de tiempo mas ó menos largo, es mas grave el concepto que debe formarse de la alienacion.

3.° Las causas que obran de un modo súbito, son las que dan lugar á mejores esperanzas.

4.° Las causas de accion lenta, son las de resultados mas funestos.

5.° Cuando interviene la predisposicion hereditaria, hay que recelar la incurabilidad de la enfermedad mental, no porque no hayan de cesar los primeros ataques, sino por las recidivas que suelen presentarse.

6.° La locura debida al alcohol, es perfectamente curable en sus primeros ataques, pero es temible por la recidiva.

7.° Las enfermedades mentales causadas por una gran debilidad ó por excesos sensuales, suelen terminar por demencia ó parálisis.

8.° Tambien debe temerse un término funesto en las enfermedades mentales debidas á causas morales que han obrado durante largo tiempo.

9.° Cuando un sugeto afectado de ciertas anomalías ó extravagancias de carácter, presente una enfermedad mental crónica, con accesos análogos á las anomalías de su propio carácter, hay que temer la incurabilidad.

10. El pronóstico de las enfermedades mentales simpáticas, está subordinado al de las afecciones viscerales de que dependen:

por punto general, son graves las que están sostenidas por una cardiopatía; la manía puerperal debida á una impresion moral ó á la debilidad, suele curar rápidamente; pero si va precedida de metro-flebitis, diarrea ó albuminuria, suele ser de larga duracion y aun terminar por la muerte.

11. Las enfermedades mentales consecutivas á la fiebre tifoidea suelen tener un término satisfactorio.

G.—Edad del sugeto.

1.° La manía, la melancolía y el éxtasis, en la juventud, son de buen pronóstico, puesto que por cada diez enfermos se curan seis; en la vejez, solo se obtiene un 30 por 100 de curaciones.

2.° El mayor número de curaciones corresponde á la edad de treinta á cuarenta años, y en este período el máximum está entre los veinte y los treinta años.

3.° En la juventud y en la virilidad, las manifestaciones de las enfermedades mentales suelen ser mas violentas, pero mas curables; en la vejez, hay menos agudez de síntomas y menos curabilidad.

H.—Sexo del alienado.

1.° Como en la mujer es rara la parálisis general, las enfermedades mentales curan con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino—veintiuna mujeres por diez y ocho hombres.—

2.° En cambio, en la mujer son menos frecuentes las recidivas que en el hombre.

3.° La mortalidad de los alienados, es mayor en el sexo masculino que en el femenino.

I.—Estacion del año.

1.° En la época de los grandes calores, se obtienen mayor número de curaciones que en la estacion de los frios rigurosos.

2.° En verano suele iniciarse el mayor número de curaciones, y en otoño tiene lugar el mayor número de salidas del manicomio, pues en esta estacion queda terminada la convalecencia.

3.° Los meses de Enero, Marzo, Abril y Setiembre, son los que dan mayor mortalidad en los manicomios; en Mayo, Junio y Julio es cuando la mortalidad es mas baja.

Recapitulando ahora los aforismos que acabamos de exponer,

y tratando de formar grupos semeióticos con signos de valor próximamente equivalente, tendremos:

1.° Que *habrá el mayor número posible de probabilidades de curacion*, en las melancolías simples sin delirio, y especialmenmente sin delirio parcial, ni ideas religiosas, ni suicidas, ni nostalgia, ni sitofobia, ni accesos periódicos, ni caquexia, ni enfermedades viscerales; en el éxtasis que recaiga en jóvenes y bajo la accion de una impresion moral violenta, y en la polimanía, cuando esta enfermedad estalla súbitamente, poco tiempo despues de haber obrado una causa moral, no habiendo habido accesos anteriores.

2.° Que *habrá esperanzas bastante fundadas de curacion*: 1.°, en las frenopatías en que no hay delirio parcial, ni gestos extravagantes, ni convulsiones, ni parálisis, siempre y cuando recaigan en personas jóvenes y robustas y sean efecto inmediato de fuertes emociones morales; 2.°, cuando, en el período de declinacion, renazcan las afecciones de familia y se presenten intervalos lúcidos, y 3.°, en los alienados jóvenes, inteligentes y que conserven aficion al trabajo.

3.° Que el *restablecimiento será difícil*: en las melancolías de marcha lenta; en las manías tranquilas, cuando recaigan en personas de edad adelantada, débiles ó que hayan sufrido otros accesos frenopáticos; en las alucinaciones sin melancolía y sin manía; en la melancolía con desesperacion y caquexia; en la melancolía con conatos suicidas y en la melancolía con mutismo ó sitofobia.

4.° Que *pocas veces se logrará la curacion:* en las locuras crónicas ambiciosas, vanidosas ó festivas; en la demonofobia; en el delirio sin melancolía ni manía; en los mártires; en el mutismo sin melancolía; en la manía de oposicion; en la manía con indocilidad y conatos de dañar y en las locuras periódicas de intervalos muy largos.

5.° Que la *curacion es casi imposible:* en las manías en que la memoria se debilita gradual, pero rápidamente, pronunciándose lentamente un completo desórden de las ideas, perdiéndose el pudor y los sentimientos de familia y marcándose considerablemente la palidez del semblante; cuando hay epilepsia con manía, marchando en progreso la demencia; cuando hay convulsiones con demencia, imbecilidad ó idiotismo; cuando la manía va asociada á la demencia y á impulsos homicidas, cleptomanía, instinto de incendiar ó ideas ambiciosas y en los maníacos ó melancólicos crónicos y de edad adelantada.

Y 6.° Que *la incurabilidad es indefectible*: cuando, en el decurso de una frenopatía crónica, la locucion se vaya haciendo vacilante, difícil é incoherente, ó se debiliten gradualmente las facultades intelectuales—memoria, percepcion, atencion, voluntad—ó se apague el fuego de todas las pasiones; cuando, en iguales circunstancias, la progresion sea insegura, ocurran frecuentes caidas y se observen contracciones y parálisis progresiva de los miembros; cuando haya gestos automáticos y balanceo del cuerpo; cuando aparezca la epilepsia alternando con la parálisis y cuando, en fin, en los casos crónicos, haya evacuaciones alvinas involuntarias.

CAPÍTULO XVIII.

TERAPÉUTICA GENERAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

Hoy dia están de acuerdo los alienistas respecto á que no cabe distincion esencial entre los remedios morales y los remedios materiales aplicables al tratamiento de las enfermedades mentales; pues, si de los primeros se trata, es evidente que su accion no es beneficiosa ni adversa, sino en cuanto las impresiones de naturaleza psicológica inducen mutaciones materiales en el cerebro, y si se habla de medicamentos, baños, chorros, etc., es tambien innegable que, á proporcion que estos actúan sobre la parte somática del enfermo propendiendo á restituirla á sus condiciones normales, obran sobre el espirítu, proporcionándole ese temple hígido de que disfrutamos cuando el cerebro está sano.

La solídaridad fisiológica entre el cerebro y el alma, la hemos visto reflejada en el órden morboso, y por lo mismo, no es de admirar que reaparezca en el órden curativo. De ahí que actualmente ya no se discuta si la alienacion mental es un estado somático ó un estado psíquico, ni si para la curacion de los desórdenes frénicos debe darse preferencia á los recursos morales ó á los remedios materiales; todos convienen en que, para cumplir las múltiples indicaciones terapéuticas que presentan las enfermedades mentales, es preciso echar mano de toda clase de modificadores, y que, en último término, la accion de estos se resuelve en un conjunto de influencias mixtas, que es de todo punto imposible descomponer.

Tampoco cabe, en *Freno-terapia*, cobrar decidida aficion á este ó al otro remedio, pues la curacion suele ser el resultado complexo de un ordenado conjunto de influencias que rodean al paciente. El siguiente desengaño debe servir de norma para estar precavido contra esta clase de entusiasmos. A cierto jóven melancólico, con ideas de oposicion y religiosas, mutismo y alucinaciones ópticas y acústicas, que habia resistido al opio, al extra-

monio, á los baños, etc. etc., resolvimos administrarle el hachisch á dósis crecientes. Al quinto dia de esta medicacion, fuimos agradablemente sorprendidos: el semblante del enfermo expresaba cierta tranquilidad, contestaba á nuestras palabras y manifestaba en sus acciones una espontaneidad que desde mucho tiempo no habíamos observado. Creimos buenamente que la mejoría era debida al hachisch. El paciente no tardó en llegar á su perfecto restablecimiento;.... entonces declaró que no habia tomado ni una sola dósis de hachisch, pues cada vez que se le administraba este medicamento, en vez de deglutirlo, lo conservaba en la boca, para arrojarlo luego á la escupidera.

Grandes cualidades deben adornar al frenópata: además de buen médico y de poseer vastos conocimientos en la especialidad, ha de ser hombre de mundo; pero, mas que sabio, importa sea caritativo, afectuoso, amable, magnánimo y sagaz. La direccion terapéutica de los alienados tiene tanto de la Pedagogia como de la Medicina. El manicomio es, en cierto modo, una escuela de hombres que se han vuelto párvulos, despues de haber sido azotados por las pasiones. En la moral del loco, hay mucho de la moral del niño. ¡Desdichado el médico que se hiciese la ilusion de curar alienados á puro de ahitarles de medicamentos!

A lo dicho hay que añadir las siguientes reflexiones de Falret: «La funcion cerebral—médicamente hablando—difiere esencialmente de las demás funciones de la economía, no solo por la naturaleza especial de sus manifestaciones, sino principalmente por caractéres que le son propios y que no se encuentran en ninguna otra funcion. Estos caractéres se pueden reasumir del siguiente modo: tener conciencia de su accion, conservar el recuerdo de la misma, reaccionar, por medio de la reflexion, sobre los productos de esta accion, y ejercer sobre estos un poder de direccion. De esta suerte, los productos de la funcion, esto es, la idea y el sentimiento, dan orígen á nuevos productos, ó sea á nuevas ideas y á nuevos sentimientos, que se engendran unos á otras, á consecuencia de la accion de la funcion sobre sí misma, y, ya estas formadas, reaccionan á su vez sobre las otras ideas ó sobre el mismo trabajo inicial de la funcion. En una palabra, en el ejercicio de las facultades intelectuales y morales—ó, en otros términos, en el ejercicio de las funciones cerebrales—es preciso distinguir dos cosas: el elemento esencial, que consiste en la produccion de ideas y sentimientos, y el hecho secundario, ó sea la reaccion de estos diferentes productos entre sí. El primer efecto producido se convierte en causa de otros efectos, que se en-

gendran sucesivamente unos á otros, por efecto de la especialidad de la funcion. La accion y reaccion recíproca de estos diversos elementos, merecen la mayor atencion, ya para comprender la produccion del delirio por el delirio—y por lo mismo, la patogenia de la alienacion—ya para darnos cuenta de la accion de los medios morales, que concentran principalmente su accion en los productos secundarios de la actividad humana, y obran, por su intermedio, sobre la misma funcion. Por la consideracion de este nuevo órden de hechos, la esfera del tratamiento moral se ensancha singularmente. En efecto, cuando se trata de obrar con los medios morales sobre el espíritu de los alienados, no solo nos proponemos regularizar directamente la espontaneidad primitiva de la funcion, si que tambien obrar sobre los productos secundarios, ó sea sobre lo que llamamos los resultados de la dualidad humana; de este modo se logra modificar indirectamente la accion espontánea del espíritu y del cerebro, por el intermedio de ideas ó de sentimientos que son productos de aquella (1).»

Establecidas estas declaraciones, no tenemos inconveniente, cediendo á las exigencias del método expositivo, en estudiar en artículos separados: 1.°, la medicacion física, y 2.°, la medicacion moral de las enfermedades mentales. Pero, antes de penetrar en este estudio, conviene hacer algunas indicaciones generales que el práctico no puede olvidar tratándose de dirigir la curacion de un alienado.

Por de pronto, si se mira la cuestion desde el punto de vista de los resultados, es preciso hacerse cargo de que el tratamiento de las enfermedades mentales se encuentra erizado de las mismas dificultades que el de todas las afecciones comprendidas en la extensa clase de las neurosis. Esa movilidad de síntomas, esa inconstancia de sus intensidades, esa veleidad característica de toda la vida, así normal como patológica, del sistema nervioso, dan márgen á errores de juicio clínico, que solo una larga é ilustrada experiencia puede rectificar. La medicina activa, la terapéutica del *coup sur coup*, se estrella constantemente ante las enfermedades mentales. Por de pronto, en psiquiátria, son una quimera los específicos; hasta los medicamentos especiales distan mucho de producir en los alienados los efectos fisiológicos que determinan en los sanos ó en los afectados de enfermedades somáticas; así que, ni siempre el opio hace dormir, ni la quina corta los accesos frénicos con la constancia con que combate los

(1) Falret, obra citada, pág. 680.

paroxismos de las calenturas intermitentes. La curacion en las enfermedades mentales debe fiarse mas á la naturaleza que al arte, y aun el médico mas debe aplaudirse de su intervencion en cuanto sustrae el enfermo al influjo de las causas que provocaron ó sostienen su afeccion, que por los fármacos que prescribe.

De ahí las grandes glorias de la medicina espectante y del hipocratismo aplicado á la terapéutica frenopática, no siendo, por lo tanto, de admirar que hasta la Homeopatía, con las pretensiones de siempre, se haya creido en el derecho de glosar las virtudes de sus dósis infinitesimales para la curacion de las alienaciones.—En medicina mental, quien mejor sabe esperar la oportunidad de ser activo—*ocatio preceps*—es el que logra mas señalados triunfos. *Festina lênte*: hé aquí la gran norma.

Al emprender la curacion de una enfermedad mental, conviene partir del principio de que el resultado que se apetece no se logrará sino á costa de mucho tiempo; pues el curso de las vesanias es esencialmente crónico. Así que, en vez de contar por septenarios de dias, como suele verificarse en las enfermedades agudas y febriles, es preciso echar el cálculo por trimestres, semestres ó bienios. Las curaciones instantáneas suelen ser falaces, pues se confunden con los intervalos de remision ó de lucidez, propios de esta clase de enfermedades. Advertido por estos antecedentes, el profesor debe hacer las correspondientes indicaciones á la familia, á fin de dejar á cubierto su buen nombre y en su lugar el prestigio de la ciencia.

§ I.

Tratamiento profiláctico de la alienacion mental.

El conocimiento de las causas, así predisponentes como ocasionales, de la alienacion mental, es la fuente de importantes indicaciones higiénicas, que tienen por objeto evitar el desarrollo de la enfermedad ó prevenir la reaparicion de los accesos de la misma. El conjunto de medios encaminados á este fin, constituye el *tratamiento profiláctico*.

Figurando en primer lugar la *herencia* entre las predisposiciones individuales á la locura, debe el médico desaconsejar el matrimonio con persona en cuya ascendencia, paterna ó materna, se encuentren antecedentes de enfermedades mentales, epilepsia, idiotismo, apoplegía ó parálisis general. Con mayor motivo importa hacer ver los inconvenientes de los enlaces en

que haya doble participacion neuropática, esto es, en que la predisposicion hereditaria figure en ambos consortes; teniendo además entendido, que las aptitudes frenopáticas de la mujer, son mas trasmisibles que las del hombre.

La *consanguinidad* es otra causa que obra en el mismo sentido que la herencia, para dar á la prole una marcada predisposicion á las neuropatías, y, en tal concepto, debe higiénicamente evitarse esta condicion en las uniones sexuales.

Los niños cuyos antecedentes permitan sospechar la predisposicion frenopática hereditaria, deben, desde sus mas tiernos años, ser objeto de una educacion especial, procurando preservarles de las causas que irriten la moral, como son los castigos muy duros y las violentas contrariedades del carácter, las emociones excesivamente vivas, la celotipia, etc. Puestos despues en el caso de aprender una profesion, se procurará no hacer adelantar demasiado su inteligencia, para que esta no se fatigue tempranamente, moderando, si es preciso, la excesiva aficion al estudio que en algunos se despierta. Llegada la pubertad, se ejercerá especial vigilancia para evitar el onanismo, contrarestando las aficiones á los placeres solitarios por algunas diversiones honestas y sobre todo por la gimnasia.

A aquellos á quienes se juzgue hereditariamente predispuestos á la alienacion mental, no debe dedicárseles á ninguna de las carreras en que tienen gran juego la ambicion, las altas y bajas de la fortuna, ó la fantasía: por tal concepto, ni el foro, ni la medicina, ni la milicia, ni la navegacion, ni el comercio, ni las artes de imaginacion, pueden convenirles; importa asímismo apartarles de los oficios de cafetero, licorista, fondista y demás que dan ocasion á la intemperancia. En cambio, la profesion agrícola, la carpintería, la cerrajería, y demás artes manuales, pueden ejercer una intervencion beneficiosa, gastando provechosamente y sin riesgo próximo, la actividad cerebral, á veces sobrado precoz en estos sugetos.

La vida en el seno de las grandes ciudades favorece la explosion de la locura en las personas naturalmente predispuestas; de ahí que á los que se hallen en este caso, se les deba aconsejar que fijen su morada en una poblacion rural y se aparten del bullicio y de las emociones morales sobrado intensas que se encuentran en los grandes centros.

Indicaciones análogas son aplicables á los que, por estar en la convalecencia de una enfermedad mental, hállanse en inminencia morbosa, próxima á manifestarse por una recaida ó reci-

diva en la alienacion. En estos casos, es preciso sustraer al enfermo á todas las influencias morales y físicas que precedieron á la explosion de la vesania, no debiendo cesar los rigores de esta dieta moral, sino de un modo progresivo y hasta tanto que se hayan enteramente disipado los últimos vestigios de la frenopatía.

§ II.

Agentes físicos de la terapéutica frenopática.

Contra las múltiples formas de las enfermedades mentales, ha habido lugar á echar mano de todas las medicaciones, gracias á los que poseemos un caudal de experiencia que nos permite juzgar de un modo comparativo acerca del valor de cada una de ellas. Exminaremos sucintamente: las *emisiones sanguíneas*, los *narcóticos* (el *opio*, el *cloral*, la *belladona*, el *estramonio*, el *beleño*, el *hachisch*) la *digital*, el *sulfato de quinina*, los *bromuros alcalinos*, los *arsenicales*, la *estrignina*, el *sulfato de cobre*, el *aceite esencial de trementina*, los *purgantes*, los *emenagogos*, los *antiespasmódicos*, los *anestésicos*, la *medicacion hidropática*, con las diversas especies de *baños* y *chorros*, la *electricidad* y los *medios especiales*, aplicables solo á determinadas condiciones de la alienacion mental.

Emisiones sanguíneas.—La especial cronicidad de las hiperemias cerebrales que constituyen la causa anatómica de la alienacion mental y las particulares condiciones hidráulicas que presiden á la circulacion de la sangre en cavidad craniana, explican el escaso fruto de las emisiones sanguíneas para combatir las excitaciones frenopáticas, siquiera sean estas furiosas. Por lo comun, la sangría general daña en todas las enfermedades mentales, y si, en casos excepcionales, puede moderar la plenitud y frecuencia del pulso, raras veces deja de obrar luego en el sentido de acrecentar el delirio. La expoliacion de la sangre que riega la sustancia cerebral, no se verifica de un modo uniforme en todas las regiones de esta masa; sino que, al abrir la vena, ocurren anemias ó hiperemias parciales, cuyo resultado—segun tenemos explicado al tratar de la patogenia de las enfermedades mentales—es determinar un desequilibrio funcional, preponderando las manifestaciones dinámicas de determinados aparatos del cerebro, por no estar contrarestadas por

sus naturales antagonistas, deprimidos por hallarse en defecto la sangre que para su vida específica necesitan.

De ahí que todos los alienistas estén de acuerdo en punto á la necesidad de ser muy parcos en la medicacion antiflogística, limitando las emisiones locales á los siguientes casos: 1.°, en la alienacion mental complicada con evidente congestion cerebral; 2.°, en algunos casos de plétora que sobrevienen en la mujer durante la edad crítica; 3.°, en ciertos casos en que la alienacion aparece á consecuencia de una brusca detencion del flujo ménstruo; 4.°, en sugetos en quienes el estado frenopático coincide con la cesacion de flujos hemorroidales habituales; 5.°, en la locura inmediatamente sobrevenida á un traumatismo de la cabeza; 6.°, cuando la turgescencia cerebral se anuncia por tinte amarillento de las conjuntivas, lividez de los labios, calor seco de la piel, pulso lleno, duro y tardo y abatimiento moral ó presagios funestos; 7.°, en el *delirium tremens* y en la epilepsia con fuerte congestion cerebral, manifestada por equímosis conjuntivales; 8.°, en algunos casos de locura subsecuente á la erisipela ó á la insolacion, y 9.°, en los casos de demencia con grande incremento de la nutricion, plenitud del pulso y bultuosidad del rostro.

Narcóticos.—La indicacion de los narcóticos, en medicina mental, deriva naturalmente de la exageracion de la sensibilidad moral de que adolecen los maníacos y los melancólicos. Aparte de su accion sedante del dolor físico, los narcóticos obran interrumpiendo la continuidad del funcionalismo cerebral y mitigando la intensidad de los fenómenos afectivos. Así en la pasion como en la locura, los sentimientos y las ideas se eslabonan formando séries que giran sin cesar en torno de un mismo tema: la misma intensidad del sentimiento, es causa de que sean evocados mayor número de recuerdos, y que la cadena del pensamiento se desarrolle interminablemente, formando un círculo alrededor del estado emocional preponderante. En tal situacion, es comun que el insomnio venga á acrecentar las angustias del enfermo, y la falta del reposo no tarda en convertirse en elemento de debilidad, que, á su vez actúa acentuando mas y mas la sobrexcitacion de los centros nerviosos. Los narcóticos, interrumpiendo el curso de los fenómenos cerebrales de carácter morboso y rebajando al mismo tiempo el tono descompasado de la innervacion, pueden, pues, en determinados casos, cumplir indicaciones de grande importancia y procurar considerable alivio al paciente.

La experiencia ha enseñado que cada uno de los agentes far-

macológicos dotados de virtudes hipnóticas ejerce una accion especial en las enfermedades mentales, no siendo, por lo mismo, indiferente prescribir el opio, el cloral, la belladona, el estramonio ó el hachisch, antes al contrario, presentándose indicaciones particulares que inducen á una acertada seleccion entre los agentes del grupo que estudiamos.

Opio.—No hay medicamento que, como el opio, haya sido objeto de tan contrarias apreciaciones entre los psiquiátras. Van-Swieten y Cullen aplaudian su accion calmante en la manía y lo recomendaban siempre y cuando no habia congestion cerebral; opinion que concuerda con la de Keil, que lo consideraba de mucha utilidad en la manía, que él llamó *nerviosa*. Esquirol dijo, que, en general, el opio es mas dañino que útil en las enfermedades mentales, negando su utilidad hasta en los casos de insomnio. El doctor Engelken, de Brema, ha sido, entre los contemporáneos, el que ha cantado mayores elogios de este medicamento en las enfermedades mentales, llegando hasta el punto de considerarlo específico en la parte de las melancolías y de las manías. Fleming, combatiendo esta manera de ver, reduce las utilidades del opio á la accion calmante que ejerce al declinar las enfermedades, y recomienda extraordinaria moderacion en su empleo, debiendo abstenerse de él ínterin subsista alguna anomalía en las funciones orgánicas. Guislain es el frenópata que, segun nuestro entender, ha estudiado mejor la accion de los opiados, señalando con mayor claridad sus indicaciones y contraindicaciones. Por de pronto rechaza la idea de que el opio sea un específico; considera una exageracion de entusiasmo el haber creido Engelken que, administrado desde el principio, no hay enfermedad mental que resista, y hasta añade que, en ciertos casos, puede ser muy nocivo, mayormente si se administra en el período inicial. Cree, empero, que produce excelentes efectos en los estados hipocondríacos puros ú otros análogos, en que el enfermo vive constantemente impresionado por la idea de sus males. Los resultados de nuestra práctica nos permiten abundar en estas ideas, respecto á este medicamento, cuya accion se explica, considerando que, por una parte, amortigua las sensaciones viscerales á que se deben las aprensiones hipocondríacas, y por otra, templa directamente la receptividad cerebral, levantando el tono del sistema nervioso y, por consiguiente, combatiendo el fondo asténico que, en general, existe en tales estados frenopáticos.

Siguiendo estos mismos principios, Guislain ha empleado el

opio en la melancolía simple sin trastorno en las ideas. Nuestra práctica, conforme en este punto con la del ilustre médico de Gante, nos ha demostrado la eficacia de este agente en tales circunstancias, logrando desde luego, en la mayoría de los casos, la gran ventaja de restablecer el sueño, con lo cual se suele apaciguar á la frenalgia. Siempre hemos echado mano de dósis fractas y ascendentes, empezando por dos píldoras de tres centígramos, en las 24 horas, y llegando hasta 25 y 30 centígramos al dia.

En la melancolía demonofóbica, religiosa, ó con propension á la demencia, en los casos crónicos y en los sugetos muy débiles y de edad adelantada, el opio no nos ha dado los benéficos resultados que en los casos en que no mediaban estas condiciones; en algunas circunstancias nos hemos visto obligados á suspender su empleo, porque, á pesar del hipnotismo, se acrecentaba el delirio.

Guislain, cuando está indicado el opio, da preferencia á las sales de *morfina*, que comienza administrando á la dosis de 1[4 de grano, á la hora de acostarse, sosteniéndola sin variar por espacio de 4 á 6 dias, para luego aumentarla gradualmente hasta 1[2 y 3[4 de grano. Enfermos afectados de melancolía sin delirio, pero con ansiedad, depresion del pulso y descomposicion del semblante, así como otros con tristeza ó hipocondriaca, que no habian experimentado alivio con el opio, fueron mejorados y lograron su curacion por las sales mórficas, empleadas por largo tiempo y del modo que queda expresado.

Cuando esta medicacion ha de dar buenos resultados, se observa que el enfermo pasa dos ó tres dias mas tranquilo; luego vuelve á presentar cierto abatimiento y aspecto sombrio; entonces es ocasion de aumentar un tanto la dósis; reaparece luego otra mejoría; mas tarde, los dias malos son menos frecuentes, y al cabo de tres ó cuatro meses, se queja de pesadez de cabeza ó se presenta soñoliento, y entonces debe evitarse aumentar la dósis.

El opio en la manía puede producir efectos no menos plausibles que en la melancolía, siempre y cuando su administracion sea inteligentemente dirigida.

El opio, en la manía, está indicado: 1.°, cuando haya debilidad general, palidez y aspecto caquéctico de la piel, pequeñez del pulso, edema de los piés y temblores de los miembros; 2.° cuando los fenómenos frénicos ofrezcan una marcha periódica, intermitente ó remitente; 3.°, cuando los síntomas frénicos ma-

nifiesten fatiga cerebral y desórden en las ideas, expresado por gritos, llanto, descontento, agitacion y locuacidad; pero sin vacilacion ni dificultad de pronunciar, y 4.°, cuando en la etiología de la enfermedad mental figuren influencias debilitantes, la vejez, pérdidas humorales, alimentacion insuficiente, habitacion insalubre, impresiones morales deprimentes ó hábitos alcohólicos.

Contraindican el opio, en la manía, las siguientes circunstancias: 1.°, turgescencia de la piel y del sistema capilar; 2.°, aumento de la temperatura y del volúmen y frecuencia del pulso, y 3.°, fondo emocional muy violento, con inercia intelectual y fisionomía que revele el estupor ó la congestion cerebral.

Las condiciones en que el opio da mejores resultados en la manía, son: en los casos recientes y en personas jóvenes é impresionables, pero de constitucion débil. En algunos enfermos no puede administrarse hasta tanto que, por medio de baños ó de alguna ligera emision sanguínea, se haya conseguido disipar la congestion cerebral. Por lo comun, en la manía que data ya de algun tiempo, los efectos de este medicamento tardan en tocarse.

Nosotros, siguiendo los consejos de Guislain, nos hemos abstenido de prescribir el opio á altas dósis, como hacia Solbrig, en el establecimiento de Erlangen, y nos hemos limitado á comenzar por medio grano, para llegar gradualmente hasta 4 ó 5 en las 24 horas. El médico últimamente citado, prescribe 4, 6 y hasta 8 granos, dos ó tres veces al dia, y por tres dias consecutivos, al cabo de los cuales cesa de las dósis altas.

El *delirium tremens*, cuando es reciente, se modifica y aun frecuentemente se cura por el opio, administrado á dósis gradualmente ascendentes; en este caso el láudano suele producir mejores efectos, y se da á la dósis de 6 gramos cada 24 horas. Cuando esta enfermedad resiste á este agente, es indicio de que data de larga fecha ó que ha habido varias recidivas.

En el período de excitacion maniaca que precede á la demencia senil, se pueden reportar considerables beneficios de la administracion de cortas dósis de láudano, con lo cual se logra disipar el estado hiperfrénico y se previene la aparicion de la demencia.

Hidrato de cloral.—Desde que ha sido estudiada la accion del hidrato de cloral, hacemos uso muy frecuente de este medicamento en la práctica frenopática, y á la verdad, por mas que algunos hayan señalado muchos inconvenientes de su uso, no

podemos menos que aplaudirnos de los resultados. Cierto que su accion sedante no tiene el carácter de permanencia que la del opio ó la morfina; pero, en cambio, no presenta los peligros ni contraindicaciones de estos, por lo que lo prescribimos siempre y cuando conviene mitigar el delirio, vencer el insomnio ó calmar la agitacion, concurriendo en el enfermo las condiciones de plétora vascular ó congestion cerebral, que contraindican los opiados. En el verano próximo pasado, en *Nueva-Belen*, se ha hecho gran consumo de hidrato de cloral, especialmente en el departamento de mujeres, en donde la agitacion y el delirio son mas permanentes, y con este medicamento hemos conseguido grande ahorro de medios de sujecion y muchos intervalos de tranquilidad en todas las formas de delirio agitado. Lo prescribimos á la dósis de 3, 6 y aun de 9 gramos, en 125 de mucílago, edulcorado con jarabe de naranjas. Hemos notado que, bajo su influencia, que es bastante fugaz, disminuyen la temperatura y la frecuencia y plenitud del pulso. No lo hemos usado en inyecciones hipodérmicas, á causa de que, por esta via, son frecuentes los flemones y abscesos, por mas que las inyecciones sean perfectamente subcutáneas.

Belladona.—Frecuentemente asociamos la belladona al opio, y, segun todas las apariencias, los efectos sedantes de estos narcóticos resultan de este modo mas evidentes, pues el antagonismo fisiológico entre los susodichos medicamentos, permite, sin peligro, llegar á dósis mas elevadas. Fuerza es decir, empero, que por sí sola, la belladona no nos ha dado ventajas positivas, excepto en los casos de locura subsecunte á la epilepsia. No obstante, cuando la epilepsia sobreviene como complicacion de la locura, la belladona, ó no produce ningun efecto, ó bien aumenta la ansiedad y la desesperacion frénica. Conocido es el método del Padre Debreyne, que consiste en administrar el extracto acuoso, privado de la mayor parte del principio viroso de la belladona, comenzando por una píldora de 3 centígramos en las 24 horas, é ir aumentando cada dia una, hasta llegar á 8 ó 10. El Dr. Bretoneau prescribe de 1 á 10 centígramos del polvo de la planta, continuando esta medicacion por muchos meses é interrumpiéndola de cuando en cuando por espacio de dos ó tres semanas.

En la incontinencia de orina, que se observa en ciertos períodos de la manía y de la melancolía, la belladona puede corregir este síntoma. Unida á la digital, la belladona ha dado algunos buenos resultados en la melancolía ansiosa, con pulso frecuente y pequeño y disnea.

Extramonio.—Moreau, creyendo en una accion sustitutiva ú homeopática, consideró que el extramonio, que produce alucinaciones, debia servir para combatirlas. Nosotros hemos empleado repetidas veces, ya el extramonio, ya la daturina, pero no estamos seguros de que ejerzan una accion ventajosa para modificar los estados alucinatorios. De todos modos, este medicamento no debe administrarse en la manía, sino cuando la agitacion ha rebajado.

Beleño.—Lo que hemos dicho del extramonio es aplicable al beleño, muy usado por los alienistas ingleses, ya en tintura, ya en extracto, ya en polvo. Guislain, no obstante, lo combina con el opio ó con la teriaca, á cuyo último polifármaco atribuye importantes virtudes calmantes, por lo cual, unida á la digital y al agua de laurel cerezo, la hace entrar en una mistura calmante, cuyo escipiente es el agua de manzanilla.

Digital.—Los ingleses usan con mucha frecuencia este medicamento en las enfermedades mentales. Segun el Dr. Alberts, sus efectos se deben á la reaccion que ejerce sobre el centro circulatorio, á una estimulacion de la secrecion urinaria, que secundariamente determina una expoliacion de los elementos fibrinosos de la sangre y á una influencia narcótica sobre el cerebro. Guislain la usaba, asociada al opio, en la melancolía ansiosa, con inquietudes y terror vago. Sola ó unida á un narcótico, en polvo, á la dósis de 15 á 20 centígramos, ó en tintura, á la de 3 á 4 gramos, está indicada en las siguientes circunstancias: 1.°, en la lipemanía con ansiedad, inquietud y terror vago é inmotivado, acompañado de respiracion corta, frecuente y penosa, y pulso deprimido y frecuente, y 2.°, en la manía con inquietudes, gritos, desesperacion y terror vago, acompañada de frecuencia y pequeñez del pulso, así como de aceleracion y dificultad de la respiracion. En estos casos, suele producir buenos efectos la mistura calmante de Guislain.

Sulfato de quinina.—A juzgar por los resultados de nuestra práctica, pocos medicamentos ejercen una accion tan beneficiosa, cuando se administran oportunamente, como el sulfato de quinina. Por mas que en este punto no estemos de acuerdo con Dagonet y algunos otros alienistas, no vacilamos en afirmar, que *nunca* hemos dejado de obtener excelentes resultados de este agente en las manías intermitentes y mas especialmente en las remitentes de intervalos cortos. Entre estos casos, podríamos citar uno de curacion rápida, despues de cuatro años de enfermedad. Nuestro método consiste en administrar seis píldoras de 10

centígramos cada veinticuatro horas, durante los períodos de remision ó lucidez; en los dias de agitacion, prescribimos los arsenicales ó el bromuro de potasio. Al influjo de esta medicacion, se observa que los accesos son menos largos y menos agitados y en cambio mas duraderas y completas las remisiones. Es de todo punto indispensable continuar la medicacion quínica dos ó tres meses despues de la convalecencia, á fin de prevenir las recaidas; en un caso en que se omitió este cuidado, hubo recaida, que luego se disipó volviendo al antitípico.

Tanto como nos ha parecido plausible el sulfato de quinina en la intermitencia maniaca, se nos ha presentado poco eficaz contra la intermitencia melancólica é hipocondriaca. Esos enfermos, que pasan un dia triste y otro placentero, suelen reportar pocos beneficios del sulfato de quinina; sin embargo, administrado á dósis moderadas—de 40 á 50 centígramos,—no les perjudica y no deja de ejercer una accion neurosténica bastante apreciable.

Los casos en que hemos podido apreciar mejores efectos del sulfato de quinina, han sido los recientes de manía,—no comenzando la administracion del medicamento, sino al cabo de uno ó dos meses—intermitente ó remitente de remisiones y accesos frecuentes, esto es, semanales ó mensuales, durando estos últimos, ocho ó diez dias—*lunáticos*—en personas jóvenes, con turbulencia, agitacion, gritos, propension á romper y destrozar, pero sin incoherencia verdadera, ni indicios de demencia, y 2.°, en la declinacion de las vesanias de tipo contínuo, que toman el intermitente ó remitente; en estos últimos casos, el sulfato de quinina acelera la convalecencia. Creemos asímismo, que su influencia seria muy ventajosa en los accesos de manía, sostenida por la intoxicacion palúdica; pero sobre este punto carecemos de observaciones personales. Guislain, que habia observado que, en los últimos años, el sulfato de quinina no le producia tan buenos efectos en el tratamiento de las enfermedades mentales como en los anteriores, pretendió explicar esta diferencia por el influjo de una constitucion médica de índole palúdica, que antes reinaba y que habia cesado despues. Ateniéndonos á nuestra experiencia personal, podemos decir, que en las curaciones que hemos obtenido en *Nueva-Belen*, no pudo mediar la condicion etiológica invocada por Guislain, pues, por una parte, las condiciones del establecimiento son tales que no consienten el paludismo y por otra, en ninguno de los enfermos curados por el sulfato de quinina, constaba su procedencia de puntos pantanosos.

Bromuros alcalinos.—Diferentes veces hemos ensayado la medicacion bromoiodurada, que Mr. Lunier ha preconizado para combatir los desórdenes de la digestion en los estados frenopáticos; pero, á decir verdad, no hemos logrado las ventajas que á este medio se han atribuido. En cambio, en *Nueva-Belen* se emplea diariamente el bromuro de potasio, á dósis bastante altas, en los casos siguientes: agitacion maniaca convulsiva, con contraccion de las pupilas; locura subsecuente á la epilepsia; epilepsia como fenómeno que complica la manía; movimientos coreiformes y fondo histérico ó erotismo, en la locura. En general, hemos visto al bromuro de potasio obrar como sedante. En la epilepsia patogenética de la locura, es el remedio que nos ha dado mejores resultados, pues, no solo previene los ataques convulsivos, si que tambien evita las formas vertiginosas, que son las que mas frecuentemente conducen á los accesos frenopáticos.

Desde dos años á esta parte, hemos empezado á ensayar el *ciano-bromuro de amoniaco y el bromuro de alcanfor.* Con el primero hemos logrado considerable mejoría en una maniaca agitadísima, de dos años de fecha y con fondo histérico, que habia resistido al bromuro de potasio. Con el *bromuro de alcanfor*, hemos tratado dos locuras epilépticas, y hemos observado notable remision y alejamiento de los ataques. De todos modos, hallándonos en el período experimental respecto de estos agentes de la farmacología moderna, no podemos emitir sobre ellos juicio exacto.

Las dósis que hemos empleado, han sido: *bromuro de potasio*; 4, 6 y 8 gramos, en las veinticuatro horas; *ciano-bromuro de amoniaco* de 1 gramo y 50 centígramos á 2 gramos; *bromuro de alcanfor* de 1 á 3 gramos.

Creemos que los alienistas están en el deber de continuar sus estudios sobre este punto.

Arsenicales.—En 1866, no nos eran conocidos los estudios de M. Lisle sobre la aplicacion de los arsenicales al tratamiento de las alucinaciones y de la congestion cerebral. Por entonces, entró en *Nueva-Belen* una señora de cuarenta años, de temperamento nervioso y constitucion muy delicada, unida por vínculos de parentesco con un ilustre profesor de esta escuela, que nos hizo la honra de confiarla á nuestro cuidado, siquiera con poquísimas esperanzas, pues la enfermedad databa ya de tres á cuatro meses y no se habia notado alivio, á pesar de varios tratamientos. Incesantes alucinaciones de la vista—la enferma veia á su hijo atravesado por una espada—y del oido mantenian en contí-

nuo delirio á esta pobre alienada; su agitacion no paraba; no podia estar ni momentáneamente acostada; era aquello un desespero y un movimiento contínuos, que habian abatido las fuerzas de la paciente. Llevaba, no recordamos bien, si un *excema rubrum* ó un *acné rosácea* en el rostro, cuya aparicion habia coincidido con la invasion de la enfermedad mental. Viendo que, ni el opio, ni la digital, ni la belladona, ni los baños tibios, lograban calmar tan angustioso estado, y sospechando que la neuropatía y la dermatosis podian reconocer un mismo fondo patogenético, resolvimos proceder á la administracion de los arsenicales. Fué prescrito el licor de Fowler. Seis dias despues, se iniciaba la mejoría en la dermatosis, y se calmaban el delirio y la agitacion. Desde entonces, no se interrumpió la declinacion de la afeccion cutánea ni de la frenopatía, resultando esta señora perfecta y definitivamente curada de ambos estados morbosos.

La indicacion de los arsenicales, en el caso que acabamos de exponer, nos habia sido inspirada por otro hecho clínico, que vamos á reseñar sumariamente: una señora, de temperamento linfático-nervioso y de complexion obesa, sufria, desde muchos años, un excema herpético generalizado. En 1866, fué atacada de violentos dolores uterinos. En junta con varios profesores de esta capital, se determinó atacarlos con aplicaciones de sanguijuelas, suponiéndolos debidos á una congestion uterina. Todo fué inutil. Despues, se creyó en la naturaleza reumática, y se prescribieron baños y diaforéticos, sin ventaja alguna. Luego, viendo el tipo intermitente de los dolores, se echó mano del sulfato de quinina; tambien fué infructuosa esta medicacion, así como la narcótica y otras varias que se emplearon. Entregada á nuestro exclusivo cuidado la enferma, administramos el licor arsenical de Fowler: á los dos dias, la neuralgia uterina entraba en remision, al propio tiempo que se aliviaba la dermatosis. Continuando este tratamiento, esta señora curó perfectamente, así de su afeccion cutánea, como de la neuropatía.

Si el arsénico habia curado una dermatosis y una neuralgia coexistentes en un mismo individuo, ¿por qué este mismo medicamento no podia curar una dermatosis y una locura que parecian participar de un mismo fondo patogenético? Este razonamiento, por la via de epilogismo, fué el que nos llevó á usar por primera vez el arsénico en el tratamiento de las enfermedades mentales. Algunos resultados obtenidos posteriormente, á beneficio de esta misma medicacion, nos hicieron concebir mayores esperanzas, que hubieron de adquirir mayor firmeza, desde el

punto en que nos fueron conocidos los interesantes experimentos de Brown Sequard, respecto de las erupciones cutáneas artificialmente provocadas á beneficio de la estimulacion de la médula.

Desde entonces fijamos nuestra atencion en el *herpes zona*, y reconocimos que este es mas bien una neurosis que una dermatosis. Nuestro tratamiento de esta afeccion, consistente en las inyecciones hipodérmicas de morfina, en el punto de emergencia del nervio correspondiente á la region en donde aparece el *exceema nervioso* — nombre con que hemos propuesto designar al herpes zona,—venia á confirmar, en el terreno de la clínica, los experimentos biológicos de Brown Sequard.

Todos estos hechos y consideraciones se agrupaban alrededor de la idea de que el medicamento específico de las herpétides, el arsénico, no podia menos que ejercer una modificacion ventajosa en las enfermedades mentales. Hace dos años leimos el trabajo clínico de M. Lisle (1), y, con grande satisfaccion, vinimos en conocimiento de que este distinguido práctico reportaba importantes beneficios de la medicacion arsenical en las frenopatías. Desde entonces hemos procurado precisar las indicaciones del arsénico, que, en general, nos ha dado resultados bastante favorables.

De nuestros estudios clínicos resulta, que el arsénico está indicado en los casos siguientes:

1.° Alucinaciones con delirio tranquilo ó con demencia.

2.° Estados congestivos cerebrales, con estupor ó con agitacion.

3.° Estados crónicos de la manía, con alucinaciones ó parálisis inicial.

---

(1) El trabajo del Dr. Lisle sobre el *Tratamiento de la congestion cerebral y de la locura con congestion y alucinaciones por los arsenicales* — Paris, 1871,— se resume en las siguientes conclusiones:

1.ª Los alienados, en la mas lata significacion de esta palabra, ofrecen con mucha mayor frecuencia de lo que hasta el presente se ha creido, signos mas ó menos marcados de congestion cerebral. Los alucinados se hallan siempre en este caso.

2.ª Entre 180 de estos últimos, tratados por el ácido arsenioso, 126, ó sea 70 por 100, han sido curados, y 28 han experimentado una mejoría muy marcada y duradera.

3.ª Cuando existe congestion cerebral en los locos, no es en realidad sino una complicacion de la locura.

4.ª La alucinacion, que hasta el presente se ha considerado como un síntoma de la locura, no es tampoco otra cosa mas que una complicacion, siempre importante y aun á veces de las mas graves. Sucede con ella lo que con la parálisis general, la demencia, el idiotismo, etc., que por mucho tiempo se han confundido con la locura propiamente dicha.

5.ª La alucinacion es el síntoma mas característico de una enfermedad especial del cerebro, que no viene á ser mas que una especie de congestion cerebral, de esencia poco conocida, y que puede llegar á la locura, pero sin que esta sea su necesaria consecuencia.

4.° Durante los accesos de las manías periódicas, mientras se suspende el sulfato de quinina.

5.° En la melancolía con alucinaciones y aprensiones relativas á la salud física ó mental.

6.° En los estados de congestion activa ó crónica, con ó sin demencia.

Y 7.° En todos los casos en que está contraindicado el opio.

Solemos servirnos del licor de Fowler, comenzando por 4 gotas, en medio vaso de agua, despues de cada una de las refacciones, aumentando una gota por dósis cada ocho dias, hasta llegar á 8, y suspendiendo la medicacion por cuatro dias cada mes. No hemos visto nunca indicio alguno de intoxicacion arsenical. Este método tiene la ventaja de que el enfermo puede ignorar que tome medicacion.

Estrignina.—Hemos tenido ocasion de apelar á este alcaloide para combatir la parálisis, mas ó menos adelantada, que acompaña á los estados de demencia. Es preciso no confiar mucho en su eficacia y tener en cuenta que es susceptible de acumularse. La empleamos en inyecciones hipodérmicas ó en jarabe.

Hachisch.—La tintura alcohólica ó el extracto del *cannabis indica*, han sido recomendados para disipar la tristeza mórbosa. Frecuentemente empleamos el *hachisch* asociado á la belladona, y en algunos casos indudablemente ha ejercido una accion benéfica.

6.ª El ácido arsenioso es un remedio verdaderamente específico de esta enfermedad.

7.ª Es además útil en los paralíticos, en los incoherentes, en los melancólicos, en los hipocondríacos, etc., exentos de alucinacion, pero con signos evidentes de congestion cerebral. Entre 171 enfermos que se hallaban en este caso y ofrecian pocas probabilidades de curacion, curaron 56, esto es, próximamente 32,75 por 100.

8.ª La enfermedad cerebral en que el ácido arsenioso ha sido eficaz, no es, pues, propiamente la locura, sino únicamente la congestion cerebral que frecuentemente la precede, y que puede persistir como ella durante las diferentes fases de su duracion, sin ser por esto la causa inmediata y necesaria.

9.ª El ácido arsenioso está, pues, llamado á proporcionar importantes beneficios, no solo en los asilos de alienados, si que tambien en la práctica ordinaria y en todos los casos de congestion de los centros nerviosos encefálicos, que tan comunmente se presentan á la observacion del médico.

10. *Administrado con prudencia y vigilado con atencion*, el ácido arsenioso es uno de los agentes mas inofensivos de la materia médica. Sus efectos fisiológicos en los diferentes órganos, son casi nulos ó de todo punto insignificantes. La tolerancia por él se establece con facilidad y dura mucho tiempo. En fin, si en algunos casos sobrevienen ciertos accidentes, estos carecen de gravedad y siempre se desvanecen rápidamente con solo interrumpir la medicacion.

11. La dósis que se debe administrar á cada enfermo, varía entre 5, 15 y 16 milígramos. En los casos mas graves puede elevarse hasta 20 y aun hasta 25. La mejor preparacion es una disolucion acuosa al milésimo, que luego se mezcla con una pequeña cantidad de vino. La dósis diaria debe administrarse en tres tomas al principio de cada refaccion, y debe aumentarse de uno ó dos milígramos cada cinco ó seis dias.

Sulfato de cobre.—Esta sal ha sido preconizada por Van der Kolk contra la melancolía, suponiendo que tiene una accion mas eficaz que el tártaro emético, sin ninguno de los inconvenientes de este último. El corto número de casos en que hemos ensayado este medicamento, nos impide juzgar personalmente de sus aplicaciones en medicina mental.

En dos casos de agitacion hemos administrado el *amoniuro de cobre*; si bien es cierto que los ataques fueron menos frecuentes y mas moderados, nos vimos obligados á suspender la medicacion, á causa del extraordinario enflaquecimiento que se apoderó de las enfermas.

Aceite esencial de trementina.—Tampoco nos hallamos en el caso de poder juzgar definitivamente de la accion del aceite esencial de trementina en la epilepsia; pero los buenos resultados que en diferentes ocasiones hemos observado en las neuralgias, nos autorizan á suponer que puede emplearse con algunas esperanzas de éxito en la neurosis convulsiva.

Purgantes.—La medicacion purgante, en las enfermedades mentales, puede ser establecida de conformidad con tres órdenes de indicaciones: 1.°, para ejercer una revulsion intestinal, útil siempre y cuando se trata de oponerse á un estado congestivo encefálico, empleando, para este caso, el áloes, la goma gutta, la podofilina y aun, en ocasiones, el aceite de crotontiglio; 2.°, como expoliativa, para contrarestar el excesivo movimiento de asimilacion que se declara como preludio de la demencia y aun en ciertos casos de manía crónica; en estas circunstancias, están mas indicados los purgantes salinos, y 3.°, para corregir la constipacion sintomática de la demencia paralítica, de la melancolía y de la hipocondría; en la constipacion propia de la demencia, obtenemos buenos efectos del áloes asociado á la estrignina; en la melancolía, nos va mejor con la belladona en extracto y en polvo combinados—2 centígramos de cada cosa, dos veces al dia—y en la hipocondría, los laxantes.

Emenagogos.—Los medicamentos que provocan el flujo menstrual solo están llamados á cumplir indicaciones causales, en los raros casos en que la locura puede reputarse á consecuencia directa de la supresion del flujo periódico. En las demás circunstancias, el hierro solo obra á título de reconstituyente, y si á consecuencia de su accion reaparecen los ménstruos, es porque ha contribuido á restablecer la crásis sanguínea.

Los antiespasmódicos, como el *éter*, el *castóreo* y la *valeriana*, son de frecuente aplicacion en el tratamiento de las enfermedades

mentales; pero, aparte de su accion en las vesanias ligadas al histerismo ó á la corea, estos agentes solo están destinados á satisfacer indicaciones accidentales, que no detallamos, pues se refieren á las de la medicacion antinervina.

En los asilos de Nueva-York, segun Brierre de Boismont y despues en el de Mereveille, segun el Dr. Morel, se ha empleado repetidas veces la eterizacion, para abatir el delirio y la agitacion furiosa. Los resultados de esta práctica son, en general, tan fugaces como en las personas dotadas de razon; pues, si bien mientras dura la accion del anestésico se logra la sedacion del delirio, al cesar el sueño, reaparecen los síntomas frénicos. Solo se refieren algunos casos de curacion definitiva lograda por efecto de la sustitucion del delirio morboso por el delirio anestésico.

Segun el Dr. Morel, en la anestesia, por el eter ó por el cloroformo, hallaria la Medicina legal un excelente medio para desenmascarar á los que simulan la alienacion mental, pues durante la embriaguez etérea, el individuo hace revelaciones francas que descubren el embuste. En buena moral, no puede aceptarse esta prueba, pues, por mas que se diga, la anestesia no está exenta de peligrosas contingencias.

Medicacion hidropática.—Bajo esta denominacion, estudiaremos las diversas especies de *baños* y *chorros* que se emplean en terapéutica mental.

Baños.—La balneacion usada en el tratamiento de las enfermedades mentales, forma objeto de diferentes métodos de aplicacacion, que se pueden reducir á los siguientes: 1.°, *baños tibios ordinarios*; 2.°, *baños tibios prolongados*; 3.°, *baños frios*, y 4.°, *baños sinapizados*.

Baños tibios comunes.—Por baño tibio comun entendemos el que se administra á una temperatura de 20° á 25°, cuya duracion no sea mayor de una hora; cuando es mas duradero, constituye el baño tibio prolongado.

En Italia y en Francia se hace frecuente uso de los baños tibios, en el tratamiento de la melancolía y de la manía. Los alienistas ingleses, belgas y holandeses, muestran poca aficion á este recurso, que, además de sus propiedades higiénicas, ejerce una benéfica revulsion sobre el tegumento, á la que se deben gran parte de sus efectos curativos.

La melancolía y la manía son las formas mentales en que están mas frecuentemente indicados los baños tibios. Las condiciones en que pueden esperarse mejores resultados de este remedio, en la melancolía, son las siguientes: casos recientes, sugetos

jóvenes, mujeres con supresion de ménstruos, tristeza morbosa, sin delirio ni aberraciones de la voluntad, melancolías maníacas, melancolías con propension al sudor ó á las dermatosis, y las que están mas ó menos íntimamente ligadas á una afeccion de la piel.

En la manía, las circunstancias mas favorables para prescribir baños tibios, son: los casos recientes, reaparicion de un acceso violento, agitacion insurreccional, conatos de evasion, insomnio, tendencia á las querellas ó á la lucha, turbulencia con gritos, furor y manía de agitacion asociada á la melancolía.

En la melancolía, los baños calman la ansiedad y la tristeza; en la manía templan la agitacion y preparan al sueño.

Baños tibios prolongados.—Son aquellos en que se obliga al enfermo á permanecer varias horas en un baño tibio. M. Brierre de Boismont, es, entre los modernos, quien debe ser considerado como autor de la aplicacion de este medio á la curacion de las enfermedades mentales; lo cual no es decir que en la antigüedad no se echase mano de ellos, en casos análogos: así que Rufo de Efeso recomendaba el *baño asíduo—asidius balneis*—y Fabricio de Aquapendente, en el siglo XVI, prescribia á algunos enfermos *varios días de estancia* en el baño. Casimiro Pinel—sobrino del Felipe Pinel,—en 1856, dió á luz una monografía sobre el *Tratamiento de la alienacion mental aguda, en general y principalmente por los baños tibios prolongados é irrigaciones contínuas de agua fria en la cabeza.* Para dar una idea de esta obra y del método de balneacion de que tratamos, bastará continuar las siguientes conclusiones de este trabajo:

«26. Los médicos alienistas de la antigüedad, reconocieron, en general, la utilidad de los baños.

«27. La mayor parte de ellos comprendieron asímismo la necesidad de prolongar la duracion de estos, principalmente en los accesos de manía; pero esta duracion se limitaba á algunas horas.

«28. Las lociones, las afusiones y los chorros que prescribian, por lo comun, se administraban de una manera imperfecta y muy irregular; no obstante, desde que M. Brierre de Boismont y despues nosotros, leimos nuestra Memoria en la Academia, los alienistas fijaron su atencion en la eficacia de los baños prolongados y de las irrigaciones contínuas, y desde este instante su uso es ya mas frecuente.

«29. El método que empleamos hace muchos años—desde 1837—en los diversos casos de alienacion mental aguda, consis-

te en el uso simultáneo de los baños de larga duracion y de las afusiones sobre la cabeza.

«30. Los baños se mantienen á una temperatura agradable; su duracion varía de una á veinte horas, segun el estado del enfermo y las indicaciones.

«31. Las afusiones son intermitentes ó contínuas. En el primer caso, se verifican por medio de una esponja, una regadera, ó una vasija cualquiera.

«32. Los chorros contínuos tienen lugar mientras duran los baños, y son de lluvia, ó de chorros menos intensos; una lluvia fina ó un delgado hilo que cae directamente, desde poca altura, sobre la cabeza, ó sobre una esponja que cubre la parte superior, es, en general, preferible.

«33. La temperatura del agua de las irrigaciones, debe variar segun las estaciones; conviene sea mas elevada en invierno que en verano; pero es preciso que nunca sea demasiado baja.

«34. Hemos hecho construir un tocado que impide que el agua de las irrigaciones penetre en la bañadera, y que moje la cara ó el cuello; de este modo se pueden prolongar los baños sin inconvenientes ni incomodidad. Además, las coberteras de nuestras bañaderas están construidas de modo que la mayor parte del agua que ha servido para regar la cabeza, cae fuera de aquellas.

«35. Los baños de corta duracion, son, por lo general, mas nocivos que útiles.

«36. Los que no van acompañados de afusiones repetidas ó de chorro contínuo, mas bien aumentan que disminuyen los accidentes cerebrales.

«37. Los baños tibios y los chorros contínuos, constituyen, indudablemente la mejor medicacion que se puede emplear para el tratamiento de las formas agudas de la locura, no tan solo en las manías, si que tambien en las diferentes especies del delirio parcial. Los médicos se equivocan considerando que están contraindicados en la mayoría de los casos de delirio melancólico.

«38. Por este medio hemos tratado 157 alienados, clasificados del siguiente modo: delirio maniaco, 57; lipemanía, 38; monomanía, 20; delirio suicida, 21; *delirium tremens*, 16; erotomanía, 5;—total, 157, de los que 90 eran del sexo masculino y 67 del femenino; curaciones 125.

«39. Las causas morales eran mucho mas numerosas que las físicas: las primeras han sido señaladas 122 veces, mientras que las segundas solo 39.

«40. La herencia ha sido demostrada en 37 casos, algo mas de una cuarta parte.

«41. 79 eran célibes, 50 hombres y 29 mujeres: 66 estaban casados y 12 eran viudos.

«42. El término medio de la edad, ha sido treinta y dos años.

«43. La duracion media de la edad ha sido, en los 125 enfermos curados, de dos meses y medio, y en 101 de ellos, solo de un mes. La estancia ha sido de cuatro meses.

«44. Se han apuntado los siguientes resultados: nulos, comprendiendo los muertos, 7; mejorados, 21; en tratamiento, 4; curados, 125; esto es, los 4/5.

«45. El número de las curaciones ha sido proporcional á la edad poco avanzada de los alienados; los 2/5 no tenian treinta años; los 2/3 tenian mas de cuarenta años y los 4/5 no llegaban á cincuenta; antes de los treinta y despues de los cuarenta, las mujeres han ofrecido menos probabilidades favorables que los hombres.

«46. La mitad de los que se han curado eran célibes.

«47. Algo mas de 1/5—28—estaban bajo el influjo de la herencia.

«48. En 1/5-25—se han experimentado recaidas; la mitad de los que recayeron, fueron de nuevo tratados con resultado.

«49. Habia 9 que tenian parientes alienados,—próximamente 1/3—y han recaido en la alienacion; 3 de ellos recobraron la razon.

«50. Entre 32 tratados sin resultado favorable, la mitad—16—tenian mas de cuarenta años y habian llegado á la edad en que las curaciones presentan probabilidades menos favorables y son mas raras.

«51. Entre estos 32—casi 1/4—pertenecian á familias en que no habia habido locos.

«52. Seis de ellos presentaban, al entrar, los síntomas de la parálisis general, y por consiguiente ofrecian poca ó ninguna esperanza de curacion.

«53. Seis habian ya sido afectados de alienacion una ó mas veces.

«54. Nueve tan solo, entre 32, en quienes el tratamiento no ha dado resultado, nos han parecido reunian condiciones propias para la curacion.

«55. Entre este número 32, 21 han experimentado cierta mejoria.»

En *Nueva-Belen* se hace frecuente uso de los baños tibios

prolongados, en especial para los casos de manía aguda y aun cuando podemos responder de la eficacia de este medio, distamos bastante de haber logrado la proporcion de curaciones que expresa Casimiro Pinel. Por lo menos no puede negarse que este medio es un sedante de primer órden, que no ofrece peligro, á no mediar un grande decaimiento del enfermo.

Baños frios.—Guislain es uno de los mas decididos partidarios de los baños frios, sin por esto negar las ventajas de los baños tibios prolongados, en otros casos. Para la administracion de aquellos deben tenerse en cuenta varias prescripciones: el agua debe marcar una temperatura de 14 á 17 grados; el enfermo, en los primeros ensayos, permanecerá solo cinco minutos, luego diez, despues veinte y veinticinco. Se prescriben diariamente, en dias alternos, ó dos y aun tres veces al dia, acompañados ó no del chorro frio. Apenas el paciente sale del baño, se le enjuga bien, se le fricciona todo el cuerpo y se le arropa, ordenándole una ó dos horas de ejercicio. Si la temperatura atmosférica es muy baja, puede convenir buscar la reaccion en la cama, en donde se deja al enfermo durante una hora.

Las indicaciones de los baños frios son: 1.°, la manía, no en su principio, sino cuando han trascurrido seis meses, pero cuando aun no se ha declarado la cronicidad; 2.°, la manía periódica, en que los baños frios obran retardando los accesos; durante estos, debe suspenderse esta medicacion, para volverla á emprender al aparecer la remision, y 3.°, en las manías con agitacion, locuacidad y espíritu de acusacion.

Los baños frios están contraindicados: en los sugetos débiles y sin fuerza de reaccion en la piel, en las mujeres durante el período menstrual, y en los casos muy recientes de manía.

Segun Guislain, á beneficio de esta medicacion, se han curado muchos enfermos, despues de dos años de afeccion mental.

Baños sinapizados.—En los casos mas rebeldes de melancolía, de estupor y de éxtasis, hemos varias veces ensayado los baños generales sinapizados. Los efectos de esta medicacion suelen ser favorables en los primeros dias, pero luego los resultados que se obtienen son menos propicios. Para prepararlos, basta echar una ó dos libras de mostaza en un baño general caliente.

Chorros, ó duchas.—El chorro vertical, filiforme ó de lluvia, ú horizontal, por medio de una manguera de lona ó gutta-percha, es elemento de primera necesidad en los manicomios, y no tanto á título de recurso curativo propiamente dicho,—que no deja, en este concepto, de tener importantes aplicaciones—como

medio disciplinario, con el cual se ejerce una intimidacion muy conveniente, en ciertos casos.

Como medio curativo, el chorro frio no debe usarse sino en determinadas circunstancias, pues, empleado inconsideradamente, puede aumentar la gravedad de la enfermedad mental. El chorro de fuerte presion, dirigido á la cabeza, es comunmente dañino; mas favorable es la lluvia ó regadera, dirigida á la expresada region, y el chorro horizontal, en forma de abanico, en aspersiones, por todo el cuerpo. El chorro filiforme, en las piernas y en la espalda, obra como un poderoso rubefaciente.

El éxtasis y el estupor melancólico, son las formas mentales en que mejor prueban las duchas frias, ya de lluvia en la cabeza, ya de abanico por todo el cuerpo.

Cuando hay debilidad general, piel húmeda y fria y propensiones catarrales, á causa de esta misma debilidad del tegumento, las aspersiones frias instantáneas, suelen reportar considerables beneficios, pues aumentan el tono y avivan la circulacion cutánea.

Como medio de represion, el chorro frio es uno de los agentes mas poderosos, con los cuales casi siempre se logra vencer la repulsion á tomar alimentos y el obstinado mutismo y aun á veces se ponen á raya los caprichos frenopáticos, que dan lugar á la insurreccion, á la turbulencia, á los conatos de evasion, etc. Frecuentemente basta hacer presenciar el chorro, para lograr estos resultados, y aun á veces es suficiente la simple amenaza.

Los efectos inmediatos de la ducha, consisten: en una sensacion de frio, conmocion en la region del cráneo, que ha estado expuesta al chorro y gran fatiga en la respiracion. Sus efectos consecutivos son: la extension de la sensacion de frio, que se manifiesta por temblor y horripilaciones y luego palidez general; despues viene una constriccion dolorosa en el epigastrio, el pulso se pone frecuente y pequeño y se experimenta un malestar general, que puede ser preludio de la lipotimia. Segun nuestras observaciones particulares, estos últimos efectos solo se observan cuando no aparece la reaccion; cosa bastante rara, si se tiene la precaucion de enjugar y friccionar convenientemente á los enfermos.

Electricidad.—Deseando saber hasta qué punto podia contarse con los efectos de la electricidad, tan encomiados por algunos y frecuentemente usados por Esquirol en el tratamiento de las enfermedades mentales, repetidas veces hemos echado mano de las corrientes farádicas, en la melancolía y en el éxtasis. Los resulta-

dos de nuestra práctica son poco satisfactorios en este punto, pues solo hemos observado que la electricidad obra como un estimulante bastante enérgico, para despertar la sensibilidad cutánea en los estáticos. En general, creemos que la medicina mental puede, por ahora, reportar limitados beneficios de este agente, lo cual no es negar que en lo porvenir sea objeto de aplicaciones mas útiles.

Revulsivos y derivativos cutáneos.—Comprendemos en este grupo de agentes terapéuticos, todos los que pueden ejercer una modificacion en las enfermedades mentales en virtud de un estímulo permanente que determinan en la piel. Hállanse en este caso los vejigatorios, las fricciones estibiadas y las moxas.

El *vejigatorio*, que suele aplicarse á los brazos, á las piernas ó á la nuca, ejerce, á nuestro entender, una accion mas bien moral que física, pues el dolor que despierta aparta la atencion que el enfermo tiene concentrada en sus ideas y sentimientos morbosos. Preciso es, empero, convenir en que algunos alienados—tanta es su anestesia cutánea—no llegan á apercibirse de la accion de las cantáridas, y que, sin embargo, reportan beneficios de este medio.

Los vegigatorios están indicados en la melancolía y en la manía; sus efectos suelen ser perniciosos cuando se aplican al principio de la enfermedad, cuando hay ansiedad, agitacion, furor ú oposicion á tomar alimentos; por consiguiente, sus especiales indicantes serán: cierto grado de cronicidad de la vesania, falta de delirio ó delirio tranquilo, y ausencia de anomalías de la voluntad.

Lo que acabamos de decir de los vegigatorios, es aplicable á las *fricciones estibiadas*, que el profesor Jacobi, de Siegburg, recomienda se hagan del siguiente modo: préviamente rasurada la region del cráneo en donde debe aplicarse el remedio—el sincipucio—se coloca en la parte un carton que tiene un agujero de unos 35 centímetros de diámetro, y sobre esta superficie, por medio de un pincel, se extinguen 6 gramos de pomada estibiada, empleando un cuarto de hora en la friccion. Esta operacion se repite mañana y tarde, por tres dias consecutivos, y cuando asoma el ectima patogenético, que causa dolores bastante intensos, se abrevia la duracion de la friccion, y cuando las pústulas están ya bien manifiestas, declarándose una tumefaccion inflamatoria que se extiende hasta la frente, se suspende el remedio y se procede á la aplicacion de cataplasmas emolientes, que se van renovando hasta haber vencido la inflamacion y la eliminacion

de las partes esfaceladas. Durante este tratamiento, los enfermos deben someterse á un régimen atenuante. Nosotros hemos empleado pocas veces este medio, pues además de que sus resultados son bastante inciertos, expone á contingencias graves, entre las cuales deben contarse la difusion de la erisipela y hasta la denudacion de los huesos del cráneo.

El *sedal* en la nuca está indicado siempre y cuando las enfermedades mentales amenazan pasar á la demencia. En un caso de demencia ocasionada por un extraordinario abuso de café, obtuvimos excelentes resultados de este recurso, recobrando el enfermo la memoria y desvaneciéndose las dificultades de pronunciacion con que vino á nuestro cuidado. Guislain asegura haber logrado importantes beneficios del sedal en los casos de manía acompañada de epilepsia, siendo de notar que, mientras fluia el exutorio, no habia accesos convulsivos ni agitacion maniaca y que estos síntomas reaparecian al suprimirse la supuracion.

Moxas.—La moxa es la única cauterizacion actual que hemos empleado en nuestra práctica frenopática. Al contrario de lo que ha observado Guislain, podemos decir que hemos obtenido diferentes curaciones á beneficio de este remedio. En un caso de melancolía demonofóbica, notable por la grande anestesia cutánea, llegamos á aplicar tres veces la moxa en un mismo sitio de la nuca; solo entonces la paciente sintió dolor y se manifestó la derivacion del delirio, comenzando desde luego la curacion. Los casos en que está indicado este remedio, son: la melancolía y manía crónicas, ó con indicios de demencia, la melancolía con estupor y el éxtasis con demencia.

Cuando, en lugar de proponernos algun efecto del terror—como sucede en el estupor melancólico—vemos indicada la necesidad de establecer una revulsion cáustica cuyas impresiones de aplicacion no sobreexisten al enfermo, en vez de echar mano de las moxas, empleamos la pasta de Viena ó la potasa cáustica.

Medios especiales.—Bajo esta denominacion comprendemos los diferentes recursos materiales que se emplean para cumplir distintas indicaciones que presentan ciertas enfermedades mentales. En este caso se encuentran los diversos medios propuestos para procurar la ingestion forzada de los alimentos, en los casos de sitofobia, los que se usan para la sujecion de los furiosos y onanistas, y los que se emplean para prevenir la suciedad en los cliniquesas (1).

(1) Nombre con que nuestro amigo el Dr. Pí y Molist designa á los alienados que se distinguen por sus hábitos de suciedad, y que vulgarmente se llaman *sucios*.

Ingestion forzada.—Cuando un alienado rehusa la comida, es preciso ante todo informarse de si la aversion á los alimentos es expresion de un trastorno gástrico,—cosa que puede conocerse si el enfermo se presenta febricitante, tiene sed, náuseas y espurca la lengua,—ó si es efecto de un capricho de la voluntad, una *heterabúlia*, que suele coincidir con otras ideas de oposicion. En el primer caso, hay que respetar la anorexia y proceder, con los medios ordinarios, á combatir la complicacion gástrica; en el segundo es indispensable no perder tiempo y apelar á artificios para procurar la ingestion de alimentos. Estos medios son de dos órdenes: unos morales y otros artificiales. Los primeros consisten en sortear, en cierta manera, la voluntad del enfermo, unas veces ofreciéndole la comida en lugar distinto del en que solia dársele, otras presentándosela persona diferente de aquella de quien la rehusó otras veces, otras cambiando la condimentacion y aun la naturaleza del alimento, y otras, en fin, dejándole como al descuido abandonada la racion al alcance de su mano y sin que el paciente pueda conocer que se vigilan sus acciones. Algunas veces estos ardides triunfan de la terca obstinacion sitofóbica y siempre y cuando esto se pueda lograr, debemos abstenernos de apelar á otros medios. Preciso es empero confesar que, por lo comun, la terquedad de los sitófobos no se deja vencer por via tan suave; entonces llega el caso de apelar á la intimidacion; en estos casos la ducha fria raras veces deja de surtir su efecto. Colocado el enfermo en el gabinete de baños y amenazado por el chorro, tiene el plato delante: pocos son los que, despues de probada la impresion del agua fria en la cara, no quebranten su propósito de no comer. Ya conseguida esta primera victoria, las otras suelen ser mas fáciles y frecuentemente basta la amenaza del chorro para que sean vencidos los nuevos conatos de sitofobia. De todos modos, si reaparece la obstinacion, es indispensable no parar hasta cumplir la amenaza, pues en cada triunfo que el enfermo lograse, se acrecentaria su fuerza de oposicion.

Si ni la astucia ni la intimidacion bastasen, seria necesario llegar á la *ingestion forzada.* Esta puede efectuarse por la boca ó por las fosas nasales.

Cada profesor tiene su procedimiento para la ingestion forzada. En *Nueva-Belen*, para la ingestion bucal, se opera del siguiente modo: el enfermo, por medio de anillas de cuero, acolchadas, queda sujeto por las piernas, en los montantes de una silla fuerte, y por medio de un lazo se le atan las manos atrás, para fijarlas tambien en uno de los travesaños de la silla. En tal

situacion, se procede á abrirle la boca con el mango de una cuchara de metal; hecho esto, con el dedo pulgar de la mano izquierda, se procura aplicarle el labio inferior al correspondiente borde dentario, con lo cual el paciente no puede morder sin causarse dolor; con la mano derecha, se introduce la comida en estado semi-líquido en la boca y lo mas profundamente posible. Para esta operacion, basta frecuentemente una sola persona. Las Religiosas Hijas de la Caridad, de nuestro manicomio, manifiestan en esta y otras muchas prácticas envidiable maestría.

Cuando, á pesar de estos medios, á los cuales pueden agregarse el *especulum oris*, los diferentes *depresores* de la mandíbula y las cuñas, para evitar la oclusion de la boca, no es dable lograr la ingestion por esta via, se hace preciso apelar á la inyeccion por las fosas nasales, á beneficio de la sonda exofágica; método que no carece de inconvenientes y aun de peligros, á pesar de los diferentes instrumentos que se han inventado. Entre estos, hay la *sonda de doble mandrin* de M. Baillargier, uno de acero y otro de ballena; cuando la sonda llega á la cámara posterior de la boca, se retira el primero y queda únicamente el de ballena, que acompaña al instrumento á lo largo del exófago, sin permitirle chocar contra la faringe, ni arrollarse en la parte alta de las fauces. A esta misma idea obedece la *sonda con mandrin articulado*, de M. Blanche.—Es sin duda ingeniosa la siguiente idea de Leuret: toma tres largos fragmentos de intestino de carnero, que solo conservan la túnica fibrosa; los invagina, y así logra un tubo de considerable resistencia; los curte en una disolucion de tanino, para que resistan á la accion digestiva del estómago, é introduce en el susodicho tubo un mandrin formado por otro pedazo de intestino, retorcido—como una cuerda de tripa—y tambien curtido. Hace penetrar el tubo membranoso, por las fosas nasales, hasta el estómago y lo deja estar mientras dura la sitofobia, inyectando los alimentos por un embudo, que se adapta á una armadura que hay en la extremidad exterior del tubo. Fácilmente se comprende que este medio no es práctico, sino á condicion de que el enfermo á quien se ha introducido el tubo de Leuret lleve constantemente la camisa de fuerza y esté rigurosamente separado de los demás, pues de lo contrario, si no él, sus compañeros le extraerian el indicado instrumento. Parece además que no siempre es fácil la extraccion del mandrin de tripa que sirve de conductor.

Para terminar la enumeracion de los instrumentos ideados para lograr la ingestion forzada, mencionaremos los que se apli-

can á la ingestion por la via bucal, á saber: el *Morillon, de M. Bougard*, de Bruselas, que consiste en unas grandes piuzas dilatadoras, que se aplican á los arcos dentarios, ya abiertos, con un tubo metálico muy ancho, que se adapta á la configuracion de la lengua y sirve de sonda conductora de los alimêntos hasta las fauces.—Análogo á este, es el instrumento de M. Billod, que, además de la sonda metálica, lleva una armadura de boj, que se aplica á los labios, y una válvula, que se cierra de atrás adelante, para impedir la expulsion de los alimentos ya introducidos en la boca. Por último, el instrumento de M. Belhome, no es mas que una modificacion del Morillon de Bougard, consistente en una sonda metálica corta, pero muy ancha, encorvada en el sentido de la convexidad de la lengua y adaptada á una armadura que se fija á las piezas dentarias.

Resta decir que, cuando no se puede sacar partido de ninguno de estos medios de ingestion, queda aun la via rectal, por donde se inyectan enemas nutritivos.

Medios de contencion y de sujecion.—Antiguamente no se conocia otro medio de contencion que la *camisa de fuerza*, que creemos supérfluo describir. Hoy dia la camisa de fuerza está punto menos que proscrita, ó á lo menos se halla reservada para los casos en que la contencion solo se puede llevar á cabo con medios mas suaves.

El aparato de que nos servimos en Nueva-Belen y que representa el adjunto grabado (fig. 13), nos parece preferible á todos los hasta el presente conocidos. Consta de un cinturon de cuero, *a*, cerrado en la espalda por encima de la cadera, por medio de un candado, *b*; de cada lado parte una correa, *c*, unida á unos guanteletes de cuero recio, *d*, cerrados en las muñecas, por medio de unas hebillas *e*. La parte correspondiente á la muñeca forma dos medias cañas de cuero, acolchadas y forradas de ante, disposicion que permite adaptar el guantelete á manos de diferentes magnitudes, sin lastimar al enfermo.

Repetimos que este es casi el único medio de sujecion empleado en *Nueva-Belen*; pero no podemos menos que reconocer que dista mucho de ser perfecto, pues no faltan alienados que logran quitarse los guantes y aun romper el cinturon. Sin embargo, en los casos ordinarios, preferimos este recurso imperfecto á la camisa de fuerza, pues, á parte de que esta deprime la moral del enfermo, le incapacita para satisfacer por sí mismo las necesidades mas urgentes de su economía y le apriete fuertemente el pecho, dificultando la respiracion y la circulacion. En

tal caso, ya que, como diremos luego, no es dable prescindir completamente de los medios coercitivos, vale mas suplir por la vigilancia la imperfeccion del aparato de sujecion. Las *celdas* ó

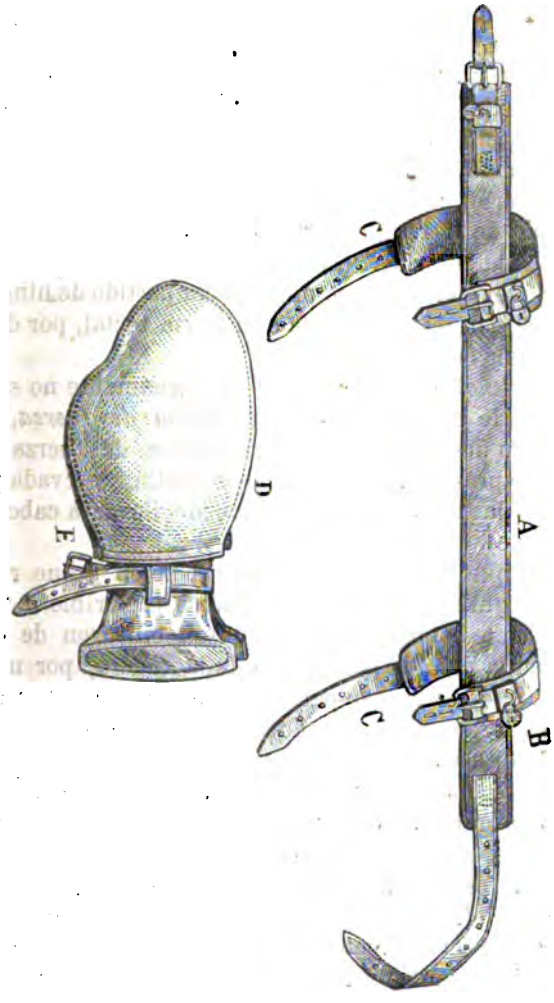


Figura 13.

cuartos fuertes—gabinetes de reducidas dimensiones, cuyas paredes están acolchadas y el suelo entarimado—cumplen bien la indicacion coercitiva, sin peligro ni daño para el alienado. Sin

embargo, en los grados extremos de furor maniaco, no puede prescindirse del cinturon con guantes, á pesar de la reclusion en la celda fuerte.

Para contener los movimientos de las piernas, en los agitados que deben guardar cama, nos servimos de dos tiras circulares de cuero, acolchadas, fijadas por encima de los tobillos, por medio de hebillas, y unidas entre sí por una correa intermedia y provistas de una anilla, para atarse, por medio de una cuerda, á los piés de la cama.

La camisa de fuerza, con todo, es indispensable en los maniacos que no quieren estar acostados ó que se desabrigan en la cama; pero aun es mas necesaria para sujetar á los masturbadores. No hay vigilancia que sobre para frustar los conatos de los onanistas; es preciso atarles en la cama, por medio de una camisa de fuerza, cuyas mangas se fijan á los montantes y procurando al mismo tiempo, á beneficio de las correas de los piés, atarles las piernas, de modo que los muslos queden un tanto separados. Si esto no basta y el enfermo logra satisfacer su funesta inclinacion por medio del roce con las sábanas, será del caso sujetarle á la cama por la cintura, mediante una correa. Este medio, asociado á la intimidacion, suele surtir el efecto apetecido.

Los enfermos á quienes se ha dado el nombre de *cliniquesas*, son aquellos que, afectados de incontinencia de orina y aun á veces de las heces ventrales, se ensucian en la cama ó en los vestidos, porque se hallan incapacitados para deponer sus excreciones en lugar apropiado. Sin embargo, no todos los que sueltan los excrementos del modo que queda dicho están afectados de parálisis de los esfínteres, sino que hay maniacos que, preocupados por sus ideas delirantes, no se dan cuenta de la necesidad de exonerar; se encuentran otros, poseidos de impulsos de obrar el mal, que, con intencion dañada, se orinan y defecan donde menos conviene, y por último, no faltan melancólicos que, afectados de cierta relajacion intestinal, no advierten oportunamente la necesidad de acudir al excusado para desempeñar decentemente las excreciones alvinas. De lo dicho se infiere, que la suciedad de los alienados no revela un estado patológico especial, sino que corresponde á diversos estados mentales, requiriendo, por tal concepto, medios diferentes de tratamiento: en los delirantes, importará calmarles por medio de baños, afusiones ó narcóticos; los que presenten anomalías de la voluntad, se corregirán por los medios de intimidacion; los melancólicos y los estáticos, cuya sensibilidad se halla como adormecida, necesitarán el con-

curso de los estimulantes muy vivos, y, por último, en los dementes, en los afectados de parálisis general y en los idiotas, además de la estrignina, de la nuez vómica ó de la belladona, se echará mano de diferentes recursos higiénicos y mecánicos, para sustraerles á la suciedad. Ante todo deberá atenderse á la regularizacion de las excreciones, obligando á los enfermos á satisfacer sus necesidades á unas mismas horas: así, dos veces al dia—mañana y tarde—deberán ser llevados al excusado, y diferentes veces al dia y por lo menos dos por la noche, deberá excitárseles á orinar, presentándoles la escupidera. Por último, estos enfermos deben acostarse en una cama especial, con dos pequeños colchones, uno en la cabecera y otro en los piés, que miden la tercera parte de la longitud de la cama. Entre estos dos colchones, hay otro intermedio, ó bien un gergon, con una hendidura central, para dejar escurrir los orines. Esta última pieza debe estar cubierta con una tela impermeable, bastante ancha, para doblarse sobre los bordes del colchon y hundirse profundamente por la hendidura del mismo. De este modo y mediante un grande cuidado, es posible preservar á estos desgraciados de las irritaciones y escaras que crea su propia suciedad.

§ III.

Tratamiento moral de las enfermedades mentales.

El tratamiento moral de los alienados, constituye uno de los puntos mas interesantes de la Filosofía en sus relaciones con la Medicina, y comprende al mismo tiempo gran número de problemas sociales, que solo á la luz de la clínica pueden recibir una solucion adecuada.

La gran reforma de Pinel extremó las aspiraciones filantrópicas de algunos alienistas, quienes, reconociendo que la violencia y la enérgica represion exageran el delirio, creyeron que se podia prescindir de toda sujecion para combatir los estravíos morbosos de la mente. De ahí que, en el dia, dos escuelas terapéuticas se disputen la preferencia en Psiquiatría: una es de los que se llaman partidarios del sistema *no—restrain*, cuyo jefe es el Dr. Conolly, de Hamwell, y entre cuyos adeptos figuran el distinguido Griesinger, el Dr. Morel, médico-jefe de San Yon y otros frenópatas de gran nota, y otra la de los que opinan que, aun cuando conviene aspirar á la menor sujecion posible en los

alienados, no es práctico abolir por completo las restricciones y los medios de sujecion.

Abordaremos, pues, de lleno esta primera cuestion: ¿en qué consiste el sistema *no-restrain?*—Conolly, en su Memoria sobre el *Tratamiento de los alienados, sin medios de coercion,* reduce su sistema á las tres condiciones siguientes:

1.° Supresion de ataduras y de medios de coercion y de represion, cualquiera que sea su clase.

2.° Seleccion escrupulosa de los encargados del cuidado y vigilancia de los enfermos, de modo que aquellos sean activos, benévolos, celosos, etc., y que, en una palabra, reunan las cualidades de perfectos enfermeros.

3.° Buena organizacion del establecimiento, como elemento indispensable, pues los enfermos deben ser bien alimentados y vestidos con decencia y la disposicion de las habitaciones y de los patios interiores debe despertar en ellos sentimientos agradables.

Como se ve, si de estas prescripciones se exceptúa la supresion de los medios de sujecion mecánica, el sistema del médico de Hamwell, no difiere del que constituye las aspiraciones de los padres de la Psiquiatría moderna, F. Pinel y Esquirol. Cuando un alienado es presa de una viva agitacion, dos guardianes lo cogen por los brazos y le pasean de un punto á otro, para hacerle variar de objetos, á fin de dar nuevo giro á sus ideas. Si, á pesar de esto, el furor persiste, se le encierra en una celda acolchada, para que no pueda dañarse ni causar molestia por el ruido ó por los gritos. Tal es el sistema de Conolly.

Puestos en el caso de emitir nuestro juicio sobre este método terapéutico, se nos ha de permitir que nos expresemos á tenor de nuestras propias inspiraciones. En 1864, al tomar posesion del cargo de Médico-Consultor, en *Nueva-Belen,* experimentamos gran satisfaccion al ver que la Casa habia adoptado por lema el *no-restrain,* de Conolly. Cuánto se avenia tal sistema con nuestros sentimientos y hasta con nuestras ideas filosóficas y sociales, no tenemos para qué ponderarlo; así fué que, con gusto, nos propusimos contribuir, en cuanto de nosotros dependiese, á la realizacion de tan elevado objeto. Comprendíamos que, así como en aquel que arde en ira, las cuerdas, lejos de templar, embravecen su pasion, en el desdichado á quien arrebata el furor maniaco, las ataduras no pueden hacer mas que exacerbar el delirio; considerábamos que, si los lazos, las cadenas y las argollas deprimen mucho mas la dignidad del hombre sano que la reclusion mas rigurosa, la camisa de fuerza, el cinturon con guan-

teletes, etc., habian de inferir mucho mayor daño á la moral á los locos, que el encierro en el cuarto fuerte.

No tardamos empero en observar que, en el momento en que—siguiendo las prescripciones de Conolly—dos hombres vigorosos se empleaban en la sujecion de un furioso, para hacerle pasear ó para recluirle en la celda fuerte, se trababa entre aquellos y el paciente una lucha, que si bien se decidia por los mas fuertes y astutos, excitaba tanto mas al primero á redoblar la resistencia, en cuanto se creia cobardemente atacado, por lo cual solian quedar en su espíritu huellas de rencor, que ni aun á veces al entrar la convalecencia estaban completamente borradas. Vimos tambien prácticamente que, cuando á ciertos furiosos se les encerraba en la celda acolchada, sin atadura alguna, libres las manos y los piés, no era raro encontrarles llenos de cardenales, arañado el rostro, arrancado el pelo, rotos á mordiscos los vestidos y aun las carnes y que, lejos de atenuarse el furor en medio de este aislamiento, subia de punto por los dolores de las heridas que se habian inferido; de donde resultaba que era preciso poner término á tan desagradables escenas mediante el cinturon. Por último, llegamos á convencernos de que, si en un tiempo dado, no es del todo imposible tener número suficiente de guardianes convenientemente amaestrados en la sujecion manual y de condiciones morales tan sobresalientes como se requieren para el servicio segun el sistema de Conolly, en la succesion y repetida renovacion del personal—que, á pesar del buen salario, es siempre movedizo en los manicomios,—se viene á dar con personas á quienes no adornan tan recomendables cualidades, y que, ora por falta de habilidad, ora por defecto de carácter, no pueden cumplir con el expresado fin.

Todas estas observaciones, nos dieron á comprender, desde los primeros pasos de nuestra práctica, que el lema terapéutico adoptado por *Nueva-Belen* no era realizable en lo absoluto, y que solo podíamos prohijarlo como una aspiracion á la perfectibilidad; de donde que, para nuestro manicomio, hayamos creido preciso resumir nuestro plan en la siguiente fórmula: *la menor sujecion* y *coercion posible, pero la absolutamente necesaria en cada caso*. Los nombres de Guislain, Jacobi, Dagonet y otros frenópatas, no menos ilustres, abonan nuestro modo de ver en cuestion tan eminentemente práctica.

M. Leuret, segun hemos indicado en otro lugar, pretende que el único tratamiento eficaz para la alienacion mental, consiste en los medios morales y particularmente en la intimidacion.

Reservando, para luego ocuparnos de la aplicacion de este heróico recurso, diremos, que es opinion poco conforme con la práctica la de hacer bueno el inhumanitario principio que el *loco, con la pena, es cuerdo*. ¡Cuántos melancólicos místicos reciben con especial fruicion el chorro frio, encontrando en esta punicion un servicio á su delirio, ya que por esta via se realizan sus incesantes aspiraciones á sufrir las pruebas del martirio!

La primera indicacion que se presenta, al emprender el tratamiento de la alienacion mental, consiste en la sustraccion á las influencias físicas y morales que han preparado y aun ocasionado la enfermedad. El medio indicado es, en este caso, el *aislamiento*. En medio del profundo trastorno de la afectividad, el loco cobra especial aversion á las personas que antes le eran mas amadas y hasta no es raro que aborrezca los sitios con que estaba encariñado. El delirio de la afectividad aumenta viviendo en medio de estos estímulos, y por consiguiente, la única manera de calmar la moral del alienado, estriba en separarle de su familia y de su casa, para colocarle en sitio donde cuanto le rodea le sea completamente nuevo y en que las impresiones que deba recibir sean proporcionadas á su sensibilidad moral.

Podria una casa aislada, con jardines y servidumbre adecuada, cumplir la indicacion del aislamiento; pero ¡cuán difícil es que en estas circunstancias se pueda reunir con la premura que el caso exige, todo lo que se requiere y principalmente en los servidores la pericia para cuidar esta clase de enfermos! ¿Dónde hallar este espíritu de autoridad y de disciplina, que tan principal papel desempeña como influencia moral en los que se albergan en el manicomio? ¿Cómo proporcionar al alienado la saludable modificacion que en su espíritu induce el cambio de la vida en familia por la vida en comunidad? ¿Qué puede sustituir la influencia de los ejemplos de subordinacion y órden que se encuentran en los asilos bien organizados?

Se ha dicho, en contra del aislamiento manicómico, que el enfermo debia sentirse penosamente impresionado por la convivencia con otros agitados, que gritan y molestan sus sentidos y que la perspectiva de tales miserias debia deprimir su espíritu. Esta objecion tiene cortos alcances: 1.°, por el hecho de que el loco, por lo comun, no se halla en aptitud para comprender la alienacion mental en otros individuos; 2.°, porque, en los manicomios bien regidos, se establece la separacion conveniente entre los tranquilos, los agitados y los furiosos; 3.°, porque, para el que tiene nocion mas ó menos perfecta de su enfermedad, la vista de

otros que la padecen, afianza este conocimiento, siempre útil en semejantes casos, puesto que él es el primer indicio de la curacion; y 4.°, porque, para el que, conociéndose enfermo de la mente, se sintiera triste, debe halagarle la idea de su curacion en perspectiva, en vista de que otros alienados consiguen este beneficio en el establecimiento.

Lo importante es determinar en qué casos está indicado el aislamiento, pues, si bien es cierto que esta medida es en general de rigor en las enfermedades mentales, hay circunstancias en que no es indispensable y otros en que podria ser perniciosa. En la duda, lo mejor es hacer un ensayo, colocando el enfermo, por via de prueba, en un establecimiento, para juzgar segun el sentido á que se encaminan sus ideas y sentimientos.

En términos generales, se puede decir, que el aislamiento es necesario en los siguientes casos: 1.°, en la melancolía con delirio, agitacion, ansiedad, temor, demonofobia, alucinaciones, tendencia al suicidio, panofobia, etc.; 2.°, en la manía simple ó con delirio, mayormente si hay agitacion ó furor; 3.°, en la manía con impulsos instintivos, religiosos, homicidas ó de destruccion y 4.°, en la demencia con manía, delirio ó furor.

Los casos en que puede prescindirse del aislamiento manicómico, son: 1.°, la demencia simple, siempre y cuando el enfermo halle en su familia las atenciones convenientes y no haya niños á quienes pueda dañar; 2.°, la melancolía sin delirio ni alucinaciones, ni aversion á la familia; y 3.°, la hipocondría, sin grave trastorno de la sensibilidad visceral ni trascendentales errores del juicio. En estas dos últimas circunstancias, la secuestracion precoz podria ser dañina.

Otra cuestion que tambien se ha agitado, es la de si los alienados están mejor asistidos en los manicomios públicos ó en los de empresa particular. En España, por desgracia, esta cuestion ni siquiera puede serlo, pues es tal el descuido que reina en este ramo de la pública Beneficencia, que, sin ánimo de ofender á nadie, bien podemos asegurar que no existe un manicomio público que se halle al nivel de los adelantos de la ciencia. No faltan—mucho nos place declararlo—ilustrados profesores al frente de algunos manicomios públicos; pero nuestros dignísimos compañeros se hallan, por lo general, inhabilitados para plantear reformas útiles, en atencion á que pesa sobre sus deseos el plomo de una máquina administrativa completamente extraña á todo conocimiento médico, y en cuya incorregible idiosincrasia están tan aferrados los procedimientos rutinarios, como las algas

en la roca marina. En nuestro desventurado país, esas heterotopias administrativas distan mucho de ser raras: que á un soldado se le habilite para funciones judiciales; que un letrado desempeñe actos de general y que un doctor en sagrada Teología dirija un hospital ó un manicomio, pasa entre nosotros como moneda corriente, y tan avezada tenemos la sensibilidad á tales anomalías, que casi nos causa sorpresa cuando ocurre lo contrario.

Así, pues, es ocioso discutir si, entre nosotros, los alienados están mejor asistidos en los manicomios del Estado ó en los debidos á la iniciativa particular. Estos, movidos de noble emulacion, van de cada dia procurándose nuevos perfeccionamientos, y bien que alguno tal vez no esté excento de ciertas notas que el vulgo le atribuye, el sentido público, dispensando su confianza á esta clase de establecimientos, rinde justicia á las nobles aspiraciones que animan á sus directores. Cuando tengamos manicomios públicos bien montados, en donde, al propio tiempo que los pobres, puedan decentemente albergarse alienados pudientes, mediante una pension proporcionada á sus condiciones sociales, podráse poner en tela de juicio si ofrecen mas garantías de moralidad estos ó los privados. Hoy por hoy, los manicomios del Estado no pueden sostener la competencia con los particulares, y por consiguiente no son sino la última razon del desvalimiento.

El tratamiento moral de las enfermedades mentales, está subordinado á las dos siguientes indicaciones terapéuticas: 1.°, alejar y, si es posible, suprimir del todo las ideas morbosas que asedian al paciente, y 2.°, confortar su ánimo, restituyendo el temple normal. En tal concepto, si la direccion frenopática tiene muchos puntos de contacto con la educacion, difiere de ella en que, por esta se aspira á dotar al entendimiento de condiciones que no posee sino virtualmente; por el tratamiento moral de los alienados nos proponemos disipar las sombras que ofuscan la razon, volviendo á esta á su modo de ser anterior.

Si algo distingue los estados pasionales fisiológicos de las pasiones frenopáticas, consiste en que aquellos son modificables por los razonamientos venidos de fuera, mientras que las últimas son de todo punto impenetrables á la reflexion. De ahí que la experiencia enseñe que son completamente inútiles los esfuerzos para convencer de su *error* á los enajenados. La perversion de los sentimientos afectivos es en ellos un producto de la enfermedad, y mientras esta dure, es imposible que las ideas razonables ocupen

el lugar de los sentimientos morbosos. Al que se cree perseguido por sus parientes, se le dice que estos manifiestan el mayor interés para que recobre la salud; que consagran sus desvelos para que nada le falte; que, como respecto de él, no tienen sino motivos de agradecimiento, no hay razon para creer que puedan abrigar sentimientos perversos, etc.: «sin embargo—contesta,—yo sé que no piensan sino en perderme.» Si se insiste en razonamientos análogos, el enfermo se irrita, y la idea de persecucion echa mas hondas raíces; el interlocutor es para él un hipócrita que, concertado con sus parientes, trata de sorprenderle para asegurar el golpe.

Así, pues, por regla general, no se debe tratar de combatir el delirio por los medios de persuasion directos, pues la práctica demuestra que estos son contraproducentes. Esta regla general encuentra, sin embargo, algunas excepciones, y son: 1.°, en los primeros tiempos de la enfermedad, cuando las ideas morbosas presentan cierta oscilacion, de modo que el ánimo del paciente fluctúa entre los errores patológicos y las ideas racionales; y 2.°, en la convalecencia de las vesanias, cuando el enfermo comienza á vislumbrar que su mente se halla bajo el influjo de un estado anormal. En tales circunstancias, las admoniciones, prudentemente dirigidas, pueden hacer grandes beneficios.

Pudiera acaso creerse que, toda vez que no conviene argüir al alienado por el lado de su delirio, se habrian de reportar ventajas de halagarle en el sentido de sus ideas morbosas, haciéndose de su modo de pensar y participando de sus sentimientos. Cierto que esta práctica puede contribuir á calmar la agitacion ó el furor maniaco; pero, en definitiva, conduce á resultados si cabe mas adversos que la oposicion. Cuando el loco ve que hallan eco sus ideas y sus sentimientos, se aferra tanto mas en su delirio, cuanto este es mas disparatado. Es condicion humana, que raras veces se abandona, ni aun en estado patológico, el anhelo de aprobacion, y, así como nuestras concepciones sanas hallan en nuestro espíritu mayor arraigo á proporcion que son aceptadas por nuestros semejantes, no es de admirar que en la fisiología de mente trastornada encontremos idénticas relaciones. Por otra parte, las inteligencias de cortos alcances suelen ser escasamente dúctiles, máxime cuando sufren el yugo de una pasion crónica, tal como el orgullo, la desconfianza ó la desesperacion: en la locura existen á un tiempo esta debilidad intelectual y ese fondo de pasion. Esto explica porqué en los alienados la lógica no surte el efecto de hacerles abandonar sus ideas

delirantes, al paso que la aprobacion contribuye á dar á estos mayor consistencia, mas fijeza y mas grande exageracion.

Georget reduce á tres principios las modificaciones que se debe aspirar á imprimir, por medio del razonamiento, en la mente de los alienados, á saber: 1.°, no excitar las ideas ni los sentimientos de estos enfermos en el sentido de su delirio; 2.°, no combatir directamente las ideas y pasiones morbosas, por medio de razonamientos, discusiones, oposicion, contradiccion, befa ó ironía, y 3.°, fijar su atencion sobre objetos extraños á su delirio, comunicando á su espíritu ideas y afecciones nuevas, por medio de impresiones nuevas.

El que sepa conformar su práctica á estos sabios consejos, puede estar seguro de que, sin grande esfuerzo, ejercerá el mayor de los beneficios en la moral del alienado.

Cuando, ni el raciocinio, ni la persuasion, ni los consuelos, ni las distracciones, hacen mella en el delirio, Leuret propone apelar al heróico recurso de la *intimidacion*. El medio que para este tratamiento emplea es la ducha. El siguiente caso bastará para formar concepto de la manera de aplicar este método.

Un escultor alienado, creyéndose perseguido por la policía, por haber hurtado un cubierto de plata—hecho que no era cierto—se consideró á salvo en *Nueva-Belen*. Despues dió en pensar que, si se identificaba su persona, podian los agentes prenderle en el manicomio, y comenzó por no querer responder á su nombre—Agustin.—Despues negó que fuese casado—y lo era;—luego, al preguntarle por su edad, decia que tenia dos años; por último acabó por obstinarse en un completo mutismo.—Cierto dia, en que paseaba, ensimismado y solo, por el jardin, gritamos:—«¡Agustin!» – sorprendido, vuelve la cabeza y contesta:—«¡Qué!—Salimos de nuestro escondite, y le decimos:—«¿Cómo se llama V.?» —Negacion de respuesta.—Al baño.—Se prepara la ducha, se le desnuda.—«¿Cómo se llama V.?»—«Antonio.»—«V. no se llama Antonio. ¿Cómo se llama V.?»—«Antonio.»—Ducha en el rostro.—«¿Cómo se llama V.?»—«Agustin.»—«¿Cuántos años tiene V.?»—Dos años.—Ducha.—¿Cuántos años tiene V.?—«Cincuenta y cinco.»—«¿Es V. casado ó soltero.?»—«Soltero.»—Ducha.—«¿Es V. casado ó soltero.?»—«Casado.»—Al dia siguiente el mismo ejercicio. Despues se obstinó en no comer. Al llegar la hora, se le ponia entre el comedor y el departamento de baños. Si vacilaba, ducha. De esta suerte se vencieron una por una las anomalías de la voluntad que se habian presentado en el decurso del estupor melancólico que sufria este enfermo.

Pero, ¿es en todos los casos aplicable el método de Leuret? Nuestra práctica nos ha demostrado que la intimidacion es arma de doble filo: utilísima, cuando se maneja con prudencia, en determinados casos resulta altamente nociva si se hace de ella un uso demasiado frecuente é inconsiderado y mayormente, si, como dicen Debasteville y Parchappe, no va templada por la benevolencia y no se apoya en la justicia. Así, pues, tratando de determinar las indicaciones, las reduciremos á las siguientes:

1.° En los casos, crónicos ó de alguna fecha, de manía ó de melancolía con anomalías de la voluntad;

2.° En los conatos de insurreccion, desobediencia, destruccion, laceracion ó evasion, con tranquilidad ó agitacion poco graduada;

3.° En los de manía de oposicion, mutismo ó sitofobia;

Y 4.° En las monomanías con exaltacion del aprecio de sí mismo.

Además del chorro, y como grado mas ténue de intimidacion, empleamos el cinturon con guantes, la reclusion en la celda fuerte, la privacion de concurrir al salon de reuniones, la de recibir visita de su familia, si el enfermo se hallaba ya en relaciones con esta, etc.

Las circunstancias que formalmente contraindican la intimidacion, son:

1.° Las locuras recientes;

2.° La melancolía simple ó con ansiedad y terror vago;

3.° La manía aguda, con delirio y furor;

4.° Los estados de ilusion ó alucinacion muy marcados;

Y 5.° La demencia, la parálisis general y el idiotismo.

Los medios morales que hay que oponer al delirio intelectual ó afectivo, deben ser de tal naturaleza, que impresionen agradable y tranquilamente al espíritu, revistiendo cierto carácter de novedad que haga caer en olvido los estímulos psíquicos que constituian los hábitos en medio de los que el paciente contrajo la enfermedad. Estos medios son: el trabajo, la lectura, el paseo, la gimnasia, las conversaciones, la música y el canto.

No hay agente mas suave y mas positivamente derivativo del dolor moral que el *trabajo*; mas este, ni siempre se hallan en el caso de desempeñarlo los alienados, ni debe prescribírseles sino cuando sea de su agrado. De ahí la utilidad de los campos laborables, de las huertas y de los jardines accesibles á los enfermos, para que puedan dedicarse al cultivo en horas regulares; de ahí

tambien las ventajas de los talleres de artes y oficios—carpintería, cerrajería, escultura, pintura—que se encuentran en los manicomios bien organizados. Por regla general, en los períodos de invasion y estadio de las frenopatías de marcha aguda, los enfermos no tienen aptitudes para trabajar y, por lo mismo, es conveniente no invitarles á ello; pero, desde el punto que se inicia la declinacion, y, en general, en los casos crónicos sin demencia, se reportan grandes ventajas de este medio. Siempre será útil arreglar las horas del trabajo al gusto del enfermo y de modo que guarden cierta regularidad y alternativa con las otras funciones del establecimiento.

La *lectura* es, á su vez un medio moral que no carece de importancia en el tratamiento de las enfermedades mentales. Es, por lo tanto, indispensable que el manicomio tenga su *salon de lectura*, con una biblioteca escogida para el caso. Allí deben concurrir los enfermos que han pasado los períodos de agudez y los tranquilos, y debe ejercitárseles en la lectura en alta voz, haciendo de manera que turnen en esta práctica.

La *deambulacion*, bien sea por los paseos del establecimiento, ó por los de los alrededores—esta última no debe concederse sino á los convalecientes y á los mas tranquilos—es ejercicio higiénico á que deben entregarse mañana y tarde todos los alienados que no se hallen en un grado extremo de debilidad ó de delirio. En *Nueva-Belen*, este ejercicio suele amenizarse con el canto. El canto, en sí mismo, constituye una práctica higiénica útil despues de las refacciones.

Los *ejercicios gimnásticos* son tambien de utilidad en las enfermedades mentales, por cuanto producen una derivacion moral y física, que obra favorablemente para disipar las ideas tristes, y puede, al mismo tiempo, combatir las parálisis iniciales. Siempre es mas ventajosa la gimnasia clónica—los bolos, la pelota, la barra, el velocípedo—que la tónica—el trapecio, las paralelas, etc.—

En los *juegos* de agilidad ó de ingenio encuentran los enfermos de la mente agradable aplicacion del tiempo, y les sustrae, siquiera momentáneamente, al delirio. En *Nueva-Belen* se concede permiso para jugar al billar á los mas tranquilos y á los que están en vias de curacion; la privacion de este placer constituye una de las puniciones que se imponen como medio coercitivo. Los juegos de *dominó*, y particularmente los de *damas* y *ajedrez*, suelen ser muy del gusto de los melancólicos é hipocondriacos.

Convenimos en que la *música* puede ejercer una influencia favorable en ciertos estados frenopáticos; pero negamos que este agente moral obre las maravillas que algunos han supuesto. Los melancólicos y los maniacos, en el período de estadio, suelen mostrarse indiferentes y aun algunos se agitan por los acordes musicales; en cambio, en la declinacion de estas enfermedades, este agente tiene ventajas positivas.

Las *prácticas religiosas* forman una de las potencias terapéuticas del órden moral que deben ser dirigidas con mayor conocimiento de la enfermedad, y cuya prescripcion es de las que demandan mas tino de parte del médico. Por de pronto, estamos tan apartados de los que creen que en todos casos los ejercicios de piedad son perniciosos á los locos, como de los que pretenden que la religion obra siempre beneficios en estas enfermedades. Convenimos, sí, en que el elemento religioso lo es de órden, compostura, morigeracion y respeto en los asilos, y que, en tal concepto, no hay manicomio que puede pasarse de él. Creemos asímismo que la *confesion*, tan favorable en ciertos períodos de las enfermedades mentales, ejerce una accion nula ó perjudicial en el principio de las mismas. Así, pues, lo que importa es discernir cuáles son los casos en que convienen las prácticas religiosas, y en cuáles es preciso privar de ellas al enfermo. Para esto podrán servir de guia las siguientes reglas:

1.ª En el período de invasion de las enfermedades mentales, deben prohibirse en absoluto todo género de prácticas religiosas; de lo contrario, hay peligro de que la afeccion se complique con delirio místico ó demonofóbico.

2.ª Cualquiera que sea la afeccion mental, siempre, y cuando presente cierta versatilidad de forma, ofreciendo unas veces caractéres de melancolía y otras de manía, no deben consentirse las prácticas piadosas.

3.ª En los mono-delirios, particularmente si son de forma mística, este agente de la medicacion moral deberá proscribirse por completo.

4.ª Los ejercicios del culto serán útiles á los alienados educados en principios religiosos, siempre y cuando no se hallen en las circunstancias anteriormente referidas, ni manifiesten una piedad exagerada.

5.ª La confesion, recibida por un sacerdote prudentemente instruido en las especiales condiciones de esta clase de penitentes, puede ser de grande utilidad cuando se ha iniciado la declinacion de la vesania.

6.ª En la convalecencia, la confesion puede poner en evidencia vestigios disimulados del estado patológico.

Y 7.ª En los casos crónicos, las prácticas religiosas constituyen un excelente medio de disciplina y moralizacion.

Para terminar este punto, diremos con Falret: «Los socorros de la religion, reducidos á lo que pueden comprender las pobres inteligencias enfermas, son de una utilidad é importancia incontestables en un asilo de alienados: consuelo en los pesares, resignacion, satisfaccion del corazon, ocupacion del espíritu moralizador, tales son los principales efectos que de este recurso es permitido esperar, hasta para los insensatos.»

El vulgo cree que los *viajes* son de grande eficacia para la curacion de las enfermedades mentales; así que, apenas hay alienado que llegue al manicomio sin haber sido objeto de este género de distraccion. Sin negar en absoluto la importancia de tales medios, diremos que nunca hemos visto demostrada su utilidad en el principio de las vesanias, sucediendo comunmente que, viajando, los melancólicos se contristan mas y los maniacos reciben mayores excitaciones al delirio. Solo está reconocida la utilidad de viajar, en las hipocondrías simples y en la convalecencia de la manía y de la melancolía.

Nada mas atendible para el frenópata que las *relaciones* que al alienado, en medio de su aislamiento, se le pueden conceder *con su familia.* Entre los agentes del tratamiento moral, este es uno de los que requieren mayor tino.

Por regla general, al principio de las enfermedades mentales, deben prohibirse todo género de relaciones con los parientes. El enfermo necesita calma; olvidar las personas para quienes habia concebido rencor morboso y encaminarse á experimentar los primeros sentimientos de la nostalgia. La *nostalgia*, en este caso, obra como una pasion derivativa, que concentra el ánimo alrededor de ella, apartándole de las ideas y sentimientos que constituyen el fondo de la enfermedad. El médico debe favorecer esta pasion naciente, hablando al enfermo de su familia, de sus amigos, de su pais y de su casa. De esta suerte, los afectos se encaminan por la senda regular, pues es sabido que, en tanto no retoña el sentimiento de los padres, de los hijos, de los parientes, de los amigos, de la patria y del hogar, no hay indicio positivo de declinacion de la locura. En esta dieta moral, es precisamente donde brotan esas aspiraciones saludables de la sensibilidad, del propio modo que la dieta de alimentos es el mejor medio para corregir la penosa sensacion de la hartura y

hacer renacer el hambre, que indica que la víscera gástrica se halla nuevamente en aptitud de recibir sus estimulantes fisiológicos.

Así, pues, en general, debe establecerse, que la interdiccion de las relaciones con la familia debe reinar durante los períodos de invasion y de estadio de las enfermedades mentales, y que, en la declinacion, se podrán ir menudeando tanto mas estas relaciones, cuanto mas normal é intensamente vayan despertando los sentimientos afectivos. No es extraño que el enfermo, despues de las primeras visitas de su familia, se agrave algun tanto; esto no debe servir sino de aviso para establecer cierta gradacion, comenzando por permitirle hablar con los amigos y acabando por los parientes de su afecto mas íntimo. Despues de las primeras impresiones de la familia, será fácil juzgar de la susceptibilidad moral del paciente, y á proporcion de esta, se regularizará la frecuencia de las visitas. En caso desfavorable, se prohibirán del todo hasta mas tarde.

CAPÍTULO XIX.

DE LOS ASILOS PARA LOS ALIENADOS.

Son elementos de tal importancia, en el tratamiento de las enfermedades mentales, las condiciones de los asilos destinados á albergar á esta clase de enfermos, que los frenópatas no han vacilado en tratar de estos nosocomios especiales en el capítulo destinado á la terapéutica de la enajenacion mental. Un buen manicomio, en el concepto material y administrativo—no tenemos reparo en decirlo—constituye, respecto de la locura, la potencia curativa de mayor alcance. Hemos visto el reducido poderío de la medicacion farmacológica; hemos podido asímismo convencernos que no le tienen mucho mas dilatado los recursos morales, en cuanto consisten en consejos, razonamientos, esfuerzos de lógica, oposicion, intimidacion, etc.; mas, si todos estos medios se concentran alrededor de una influencia constante, de carácter higio-terapéutico y de accion que tiene tanto de física como de moral, cual es un maniconio concebido segun todas las reglas del arte, la eficacia curativa de los medicamentos y de los agentes morales se multiplica en términos de ser relativamente rara la no curacion en las alienaciones mentales.

No es, pues, de admirar que las cuestiones referentes á los asilos ocupen un lugar preeminente en todos los tratados de Medicina mental y que hayan sido objeto de estudios muy recomendables.

Grande satisfaccion experimentamos al poder consignar en este punto, que entre los trabajos mas acabados sobre esta materia, descuellan los de nuestro particular amigo el Dr. D. Emilio Pi y Molist, médico mayor del Hospital de Santa Cruz de Barcelona y encargado de su manicomio. Su Memoria sobre la *Colonia de orates de Gheel*—Bélgica—leida en la sesion pública extraordinaria, que, en 12 de Junio de 1855, celebró la Acade-

mia de Medicina y Cirujía de Barcelona, y su *Proyecto médico razonado para la construccion del manicomio de Santa Cruz* de esta misma ciudad—1860—son dechados de buen gusto literario y muestras de profundísimos conocimientos en la especialidad, que colocan á nuestro distinguido compañero en uno de los puestos mas preferentes entre los médicos españoles. El Dr. Pí es además autor de otros varios opúsculos: por ejemplo, el titulado *Apuntes sobre la monomanía*—1864,—*Estadística del Manicomio del Hospital de Santa Cruz*—1857,—etc., que merecen especial recomendacion.

Aun cuando tendremos ocasion de hacer mas de una sustraccion á los referidos trabajos del Dr. Pí, recomendamos á los lectores que deseen instrucciones mas detalladas, procuren inspirarse en los originales, así como consultar los bellos capítulos, que Guislain, en sus *Lecciones orales*, ha consagrado á esta materia. Además, el artículo *Alienés* (*asiles*), del *Diccionaire des sciences medicales*; el capítulo XVI del *Traité elementaire et pratique des maladies mentales*, de M. Dagonet, escrito por M. E. Renaudin; las profundas consideraciones sobre el particular que se leen en la obra de Griesinger, y el capítulo VII del *Traité pratique de Medicine mental*, del Dr. Marcé, son otras tantas fuentes en donde se podrán recoger cuantos datos se requieran para hacer un estudio particular de esta importante cuestion.

Hoy dia, los métodos para asilar á los alienados, se pueden reducir á dos, á saber: el *colonial*, del que no tenemos mas que un ejemplo en Gheel—Bélgica,—y el *nosocomial*, que es el mas comun y se practica en los manicomios.

§ I.

Sistema colonial.

Partiendo del principio que los medios coercitivos mas bien perjudican que aprovechan en las enfermedades mentales, pues la reclusion y la sujecion acrecientan el furor, al paso que el aire libre, la vida campestre, los trabajos agrícolas y la sustraccion al bullicio de las ciudades, templan las exaltaciones frénicas, han creido algunos que el mejor sistema para el tratamiento de los alienados, consiste en formar con ellos una poblacion agrícola especial, viviendo los enfermos en casas de labranza, al cuidado particular de colonos, que, á la vez que dirigen las

explotaciones agrícolas, cumplen las indicaciones terapéuticas que establecen los médicos. De este modo, se ha pensado que, sacando partido de un trabajo que los alienados producirian en beneficio de su propia salud, la Administracion encontraria una manera económica de disminuir la asignacion en el artículo del presupuesto referente á este servicio de la pública beneficencia.

A fin de juzgar con algun fundamento sobre esta materia, vamos á dar idea de la *Colonia de Orates de Gheel*, ó Guel— que es como se pronuncia—trascribiendo algunos pasajes de la mentada Memoria del Dr. Pí, quien, en 1854, visitó este notable sitio.

«Hay en las provincias de Amberes una comarca bastante extensa, llana y amena, llamada la *Campiña de Brabanzona ó Brabantina* (*Campine Brabançonne*), nombres que respectivamente derivan del flamenco *Het Kempen land* (el pais de los campos), y del *Brabarbant* (Brabante), que en general dan los naturales á toda la Bélgica. Con el apellido de Brabanzona ó Brabantina se distingue, además de la campiña Holandesa. En medio de aquella existe un lugar (*village*) denominado *Gheel*, que ocupa, con corta diferencia, el centro de un triángulo equilátero, cuyos ángulos tocan casi á la ciudad de Herenthals, al lugar de Moll y á la villa Westerloo; y dista 6 ½ leguas al Este de Amberes, y 14 al Norte de Bruselas. El lugar de Gheel, que bien merece el título de villa, es la cabeza de un distrito municipal (*commune*), que acabalan diez y siete aldeas (*hameaux*) situadas alrededor de aquel pueblo, dichas Kivermont, Hadschot, Holven, Racewel Koven, Larum, Elsum, Poyel, Liesel, Aert, Osterloo, Steelen, Stokt, Wilaers, Winkelon, Laer, Zammel y Bell. El distrito municipal de Gheel tiene 9 leguas de perímetro, mide 18,835 hectáreas de superficie, y linda con una línea de páramos anchurosos que lo circundan formándole en cierto modo una frontera. Riegan este territorio los rios Dos Nethes y á una legua del centro del distrito pasa el canal que une el Escalda con el Mosa. El clima es semejante al de las regiones setentrionales de Bélgica, aunque mucho mas frio en invierno, lo que ha valido á esta comarca el dictado vulgar de *Siberia belga*. En el lugar se cuentan unas 700 casas, y en las aldeas sobre 600. Su poblacion consta de unos 9,000 habitantes, casi todos labradores. Pertenecen los gheelenses á la raza flamenca, que viene á ser una mezcla de la normanda y teutónica. El idioma general, casi exclusivo, es el flamenco. A pesar de la libertad de cultos establecida en Bélgica, los naturales de Gheel son católicos.

»Redúcese este lugar á una calle larga y ancha que corre de Norte á Sur, y forma en su longitud tres ángulos casi rectos. Hay en medio de ella una plaza rectangular, espaciosa, plantada de dos hileras de árboles, en uno de cuyos lados menores se eleva la iglesia parroquial de San Amando. Al extremo setentrional de la misma calle está la iglesia de

Santa Dimpna *(Dymphna)*, que en otro tiempo fué colegiata. Las casas son sencillas, limpias, blanqueadas por fuera, y constan comunmente de planterreno y un alto, menos las de las aldeas circunvecinas, que carecen del último. Todas tienen un huerto en la parte anterior ó posterior.

»Puede decirse que este distrito es un vasto manicomio, pues por costumbre inmemorial, casi todos los habitantes hospedan y cuidan en su casa á uno ó mas locos procedentes de varias provincias del reino. Exceptúanse los de las aldeas de Osterloo, Zammel, y Bell, á causa de estar demasiado distantes del centro del área municipal. Por su forma y organizacion particulares ha recibido este establecimiento el nombre de *Colonia de Orates* ó *Colonia de Gheel*, con que la conocen los médicos alienistas y la designa en los documentos oficiales el Gobierno belga.

»Es una institucion antiquísima, extraordinaria, singular, que no ha tenido ejemplo, ni tiene igual ni semejante en ninguna otra parte del mundo.

»Al llegar el forastero á Gheel, nada advierte en los primeros instantes que le dé á conocer tan extraño establecimiento; pues ni en la calle, ni en la plaza, ni en las casas, nota particularidad alguna que las distinga de las que ha visto en el camino. Solo despues de un breve exámen, vienen á llamarle la atencion ciertos individuos casi uniformemente vestidos, cuyo aspecto y maneras tienen algo de irregular é inexplicable: unos que le miran con aturdimiento, otros con ceño; este que parece querer escapar á sus miradas; aquel que le saluda afectuosamente sin haberle visto jamás de antes; ese que le hace al pasar una seña rara é incomprensible; uno que pasea con arrogancia y aire de grande; esotro que anda á paso corto y vacilante, porque tiene los piés trabados con una cadenilla.... Entonces comprende el forastero quiénes son los desgraciados que se hospedan en aquel pueblo; entonces conoce que se halla en la Colonia de Orates.

»El orígen de las costumbres de los gheelenses, de dar albergue y asistir cada cual á uno ó mas locos se remonta á una época remota y muy poco conocida. Preténdese que data del tiempo del martirio de Santa Dimpna. Esta tradicion se ha trasmitido inalterable de unas generaciones á otras, como los recuerdos de vetustas glorias que dan prez y renombre á los pueblos, y hoy por hoy la refieren misteriosamente en aquel pais hombres y mujeres, ancianos y niños con admirable uniformidad, creencia y veneracion.

»Dimpna, hija de cierto rey de Hibernia (Irlanda), huyendo del incestuoso amor de su padre, fué, segun dicen, á refugiarse en las inmediaciones de Gheel, á fines del siglo VI, en compañía de Gereberto (despues Santo), que la habia convertido al cristianismo. Sorprendióle luego el padre en su retiro, y despues de matar á Gereberto, viendo que su hija persistia negándose tenazmente á sus torpísimos deseos, mandó decapitarla; mas como nadie quisiese cumplir esta órden, ciego de furor, él mismo cortó la cabeza á la incorruptible cristiana. Cuéntase que entre los numerosos testigos presenciales de tan horrendo espectáculo habia al-

gunos orates que, violentamente conmovidos, recobraron de pronto el uso de la razon; y que al punto la fama de este milagro voló por toda la comarca. Ello es cierto que mas adelante fué Dimpna incluida en el catálogo de las vírgenes mártires, é invocada como *Patrona de los posesos y locos*, en cuyo alivio y curacion se le atribuyeron desde entonces infinidad de nuevos milagros. Descubiertas despues sus reliquias por el clero y pueblo de Gheel, fueron custodiadas, al parecer en la capilla de San Martin, construida en el siglo VII, hasta que las trasladaron á la iglesia que, bajo la advocacion de la misma Santa Dimpna, se erigió en el siglo XII en el sitio que ocupaba aquel pequeño santuario. Al finalizar el siglo XIII, el primer señor de Gheel instituyó un hospital contiguo á la propia iglesia, destinado á los orates que allá acudian para recobrar el juicio por intercesion de la virgen mártir; empero como, andando el tiempo, no pudo este establecimiento albergar á los muchos enfermos que de contínuo se presentaban, fué forzoso hospedarlos en las casas particulares. De ahí tomó orígen el pupilaje que se ha perpetuado en Gheel hasta nuestros dias; ni fué aquella la primera vez que ciertas prácticas emanadas de las creencias y piadosas tradiciones de un pueblo crearon instituciones de alta utilidad é importancia. Verdaderamente no es tan viva como en aquellos tiempos la fe en la influencia milagrosa de la Santa; mas la facilidad con que son admitidos allí los enajenados, las ventajas incontestables de su vida en el campo y de la libertad poco menos que absoluta de que gozan, y sobre todo razones de economía que casi nunca pueden desatender, ni las familias de aquellos infelices, ni las corporaciones á cuyo cargo corre su asistencia, han sido y son motivos poderosos para que el distrito municipal de Gheel haya contado siempre, cuente ahora y prometa contar por lo sucesivo, en la masa de su poblacion, un número bastante alto de locos forasteros, enviados allá para su guarda y tratamiento, como en las demás naciones se envian á manicomios públicos ó particulares.»

En cuanto á la organizacion de la colonia, rige un Reglamento especial, sancionado por Leopoldo I, rey de los belgas, en 1851, el que, en esencia, es como sigue: hay dos *Juntas*, una *Superior* y otra *Permanente*, encargadas de la inspeccion y vigilancia de los orates y de hacer observar las ordenanzas. Para el servicio higiénico, médico y farmacéutico, se divide Gheel en tres distritos, cada uno de los cuales tiene su médico, subordinados todos á un médico Inspector. Hay además cuatro farmacéuticos, que turnan en el despacho de las medicinas, conforme á un arancel establecido y aprobado por el Gobierno. Uno ó mas vigilantes, segun las necesidades, cuidan de la tranquilidad en las calles y edificios públicos y particulares. Hay una ropería para los enajenados, cuidada por un *Guarda-almacen*, que inspecciona los vestidos de los orates.

En Gheel pueden ser recibidos toda clase de enajenados, menos los que exigen constantes medios de coercion, los suicidas, los homicidas, los incendiarios, los que gritan ú ofenden la moral pública y los que se hayan fugado varias veces.

Divídense los locos en *indigentes* y *pensionistas*: la manutencion de los primeros, si son súbditos belgas, corre á cargo del ayuntamiento de su respectivo pueblo; los segundos pagan un estipendio. Los *patrones* son los particulares en cuya casa se hospedan uno ó mas locos. Los reglamentos determinan minuciosamente las obligaciones de los patrones.

Por cada indigente, se suelen pagar 212 francos anuales, que se distribuyen del modo siguiente: 170 para el patron; 30 por vestuario y 12 por honorarios del médico y sueldo de los vigilantes. Si el alienado pertenece de los *clinequesas*, el sueldo del patron se eleva á 242 francos. De donde resulta, que el gasto diario de cada alienado es: de 58 céntimos—2 rs. 7 maravedís—si el loco es aseado, y de 66 céntimos—2 rs. 17 maravedís—si es clinequesa; quedando para el patron solo 47 céntimos—1 real 27 maravedís—ó 55 céntimos—2 rs. 3 maravedís—segun pertenezcan el enfermo á la primera ó á la segunda clase. En cuanto al estipendio de los pensionistas, depende de lo que se estipula en el contrato, variando, por lo comun, entre 2,000 y 500 francos anuales; previniendo el reglamento interior que, para que un loco sea tenido por pensionista, debe por lo menos pagar 25 francos mas que la pension mínima de los indigentes. Naturalmente, las comodidades del albergue de los pensionistas guardan proporcion con el precio de la pension.

Los resultados del régimen colonial, calculando por los datos estadísticos de Gheel, son aparentemente menos favorables que los del sistema nosocomial: en 1839, las curaciones fueron el 4 por 100; en 1840, 5; en 1853, 5, y en el sexenio de 1834 á 1839, el 6'6; mientras que en hospicios de Bélgica el número de curados, en 1858, era de 9'8 de los orates asistidos. Hay que atender empero á que la mayor parte de los enfermos que van á la colonia se hallan en estado de cronicidad, demencia, imbecilidad ó idiotismo, y, por consiguiente, ofrecen pocas garantías de curacion. Respecto á la mortalidad, vistos los datos estadísticos, puede decirse que en la colonia es casi igual que en los manicomios; pues si bien en 1839, hubo solo 4'5 por 100 de defunciones entre los orates de Gheel, en 1853 la mortalidad ascendió á 8'8. La estadística general de los asilos de Bélgica da 8'1 por 100 del total de aislados.

En Gheel, las evasiones son mucho menos frecuentes de lo que pudiera creerse habida razon á que no hay reclusion para los alienados: por cada 200 alienados, se cuenta 1 evasion anual; á este resultado, contribuye, sin duda, el pequeño premio que recibe todo el que prende á un loco fugado.

Tambien son raros en Gheel los suicidios, pues segun relaciones competentes, en el período de nueve años, solo habian ocurrido dos suicidios por extrangulacion, en una poblacion de mas de 350 alienados. Aun es menos comun el homicidio: en la colonia, solo se conservaba memoria de dos casos de muerte violenta. Tampoco, á pesar de la convivencia de las sexos, son frecuentes los delitos contra la honestidad; pues, en 1850, solo se recordaban cuatro casos de locas que resultaron embarazadas, y no por obra de otros locos, sino por forasteros ó por personas mas ó menos afines al trato de los alienados.

Tratando ahora de juzgar del valor del método colonial, no solo desde el punto de vista de la clínica, si que tambien por el concepto administrativo, resulta que, tomando por tipo de experiencia la única colonia de orates conocida, no es posible dejar de atribuirle las siguientes ventajas: 1.ª, condiciones atmosferológicas inmejorables; 2.ª, facilidad de dedicar los orates á trabajos agrícolas, que, á la vez ejercen una accion higiénica y terapéutica; 3.ª, hábitos tradicionales, en los indígenas, de cuidar locos, asociados á sentimientos de caridad y de familia; cuidados que son mas eficaces, en cuanto se dirigen á uno ó dos alienados; 4.ª, sustraccion del alienado á las excitaciones bajo las cuales se originó su enfermedad, sin hallarse privado de la vida social, y 5.ª economía en la manutencion de los orates. Esto, en conjunto, realiza, en cierto modo, el bello ideal del aislamiento, de que tanto se necesita para la curacion de las enfermedades mentales, y por consiguiente, el régimen colonial, tal cual está en planta en Gheel, reune las mejores condiciones posibles para el tratamiento de las enfermedades mentales. Pudiera, en verdad, ser objeto de plausibles perfeccionamientos, que tendieran á mejorar á un tiempo la posicion de los enfermos y la suerte de los patrones y entonces todas las ventajas que ponderamos, subirian naturalmente de punto. Pero, ¿es en todas partes aplicable el método colonial? Nosotros creemos que se han hecho pocos ensayos sobre el particular, y que pudieran los Gobiernos tomar por modelo la colonia brabantina, para extender el campo de la terapéutica frenopática. Comprendemos que no seria fácil hallar poblaciones en donde esos levantados de sentimientos de caridad, tan

plausibles en los naturales de Gheel, sirviesen tan perfectamente al objeto tradicional de esta colonia; pero ¿no se podria, aumentando los estímulos, hacer algo análogo en otros paises? ¡Cuántas veces, contemplando el agreste paisaje que se extiende por la vertiente septentrional del Tibidabo—montaña al N. O. y á una legua de Barcelona—al ver las rústicas y pintorescas casas de campo de Vallvidrera, hemos pensado que tal vez en este sitio podria ponerse en práctica algo análogo á la colonia de Gheel! Nuestra humilde opinion es que no se ha meditado, ó por lo menos que no se ha experimentado lo bastante sobre este punto y que, si los agitados, los poseidos de delirios peligrosos con propension al suicidio ó al homicidio, etc., se hallan mas convenientemente albergados en los manicomios que en cualquiera otra parte, los afectados de locuras crónicas y de formas tranquilas, reportarian ventajas del régimen colonial. En tal concepto, ¿no seria conveniente que, para completar el pensamiento de un manicomio modelo, se agregase, á título de sucursal de este, una colonia agrícola en paraje adecuado?

§ III.

De los manicomios.

Los manicomios, son algo mas que *hospitales especiales* destinados al tratamiento de personas afectadas de alienacion mental: el manicomio, como dice Esquirol, es el mas poderoso instrumento curativo de la locura. Difieren, pues, los manicomios de los hospitales comunes, en que, al paso que estos tienen por objeto colocar á los enfermos en condiciones adecuadas para sustraerles á la accion de los agentes morbosos, á fin de que puedan ser convenientemente tratados por los recursos higiénicos, farmacológicos ó quirúrgicos que su estado reclama, aquellos, procurando rodear al paciente de influencias positivas y negativas, ejercen por sí mismos una influencia, no solo profiláctica, si que tambien esencialmente curativa.

«Un manicomio, dice el Dr. Pí, es una obra consagrada por la ciencia médica, á cuyo progreso coadyuva; es una casa de caridad abierta al infortunio; es un establecimiento de curacion y un asilo de incurables, por lo que tiene el doble carácter de hospital y de hospicio; es una institucion necesaria para el perfecto gobierno del Estado, y constituye uno de los servicios mas intere-

santes del servicio nacional. Un manicomio tiene además carácter físico y moral. Refiérense al primero las circunstancias topográficas del punto en que está situado, la disposicion y construcciones particulares del edificio, la reunion de las condiciones higiénicas mas propias para contrarestar el maléfico influjo de las causas que nacen del estado mental patológico y todos los demás requisitos que en lo material reclama el cumplimiento de los fines especiales de la institucion. Su carácter moral, consiste en ser un asilo en donde, mediante formalidades legales rigurosas, es admitido el enajenado, en beneficio de su familia y de la sociedad, recibe la asistencia que exige su curacion y bienestar físico y moral y se halla bajo el amparo tutelar de la ley que, asemejándole á un menor, defiende su persona é intereses. Es decir, que la existencia de una casa de orates depende de la accion constante y de la contínua aplicacion de la ley. Por donde se ve cómo se dan la mano el médico y el legislador, dirigiendo el primero el tratamiento del enajenado en el manicomio y facilitándole el segundo los medios indispensables, sancionando sus procedimientos y sirviendo constantemente de protector al enfermo.» A estas luminosas ideas relativas á la esencia del manicomio, podríamos agregar, que es uno de los índices que en nuestros tiempos marcan con mas fidelidad el nivel moral de una nacion, en términos que, aquellas á quienes alcanza débilmente la fecundante influencia de la civilizacion moderna, desconocen casi por completo institucion tan humanitaria. Por último, el manicomio, considerado desde el punto de vista médico, es un establecimiento destinado al tratamiento higiénico, disciplinario, pedagógico y administrativo de la alienacion mental.—Guislain ha dicho que toda casa de orates debe ser: 1.°, un hospital destinado al tratamiento de alienados; 2.°, un refugio para los alienados incurables; 3.°, una casa de educacion moral y física; 4.°, una escuela elemental, artística, científica y religiosa; 5.°, un establecimiento industrial y agrícola y 6.°, un lugar de aislamiento, seguridad y preservacion.

Las cuestiones relativas á los manicomios, son de dos órdenes: unas que hacen referencia á la parte material, ó sea á las condiciones del edificio y otras que corresponden al funcionalismo del establecimiento y comprenden la parte administrativa. Diríamos, pues, que en un manicomio hay que considerar, su parte *estática* y su parte *dinámica*.

A.—Estática del manicomio, ó condiciones materiales del mismo.

Siendo el manicomio un hospital especial y, por consiguiente un establecimiento público, que, segun la division que de estos hemos hecho en nuestro *Curso elemental de higiene privada y pública*, corresponde á la clase de los de *mefitismo miasmático permanente* y al órden de los *destinados á personas enfermas*, se deduce, que el asunto del presente capítulo entra de lleno en la materia de la Higiene pública. No es, pues, de extrañar que, en lugar de redactar un artículo especial, nos limitemos á trascribir la leccion XXII de nuestra mencionada obra (1).

No están aun muy lejanos los tiempos en que al enfermo de enajenacion mental no se le consideraba digno de compasion, ni susceptible de remedio. Teníase al loco por un ser dañino, una especie de alimaña con formas humanas, un ente poseido del maligno espíritu, de quien era necesario preservarse, segregándole del trato social, y entregarle á su destino, ya que sobre su cabeza se veia el rayo fulminado por la cólera divina, que habia desconcertado su razon y anonadado su espíritu. El orate era un delincuente, hasta cierto punto irresponsable, que llevaba la penitencia en su propia maldad, y á quien era lícito tratar como objeto de escarnio y de liviano pasatiempo. Las leyes no le deparaban otra residencia que la cárcel. Haraposo, hambriento, sintiendo á menudo sobre sus desnudas carnes el afrentoso látigo que azotara las espaldas de los hombres mas malvados, llagados sus maléolos por la misma argolla que amarraba al ladron y al homicida, privadas de luz sus pupilas, y obligado á respirar la densa atmósfera de calabozos atestados de criminales, ante una civilizacion fanática, que creia en los aquelarres de las brujas y que habia visto exhorcizar, torturar y quemar á los energúmenos y á los endemoniados, el desventurado orate era el pária social condenado á la perpétua expiacion de delitos, que era moralmente incapaz de cometer.

Necesitóse toda la violencia del movimiento reformador que conmovió los cimientos de la sociedad antigua, para que, á fines del siglo XVIII, fuesen reconocidos los derechos personales de los locos. Cierto que España puede gloriarse de haber dado el ejemplo, desde el siglo XV, de tratar con caridad á los enfermos de la

(1) Giné: *Curso elemental de Higiene privada y pública*, t. II, pág. 391, 2.ª edicion, 1876.

mente; cierto que á las celosas predicaciones de Fr. Gilberto,—ó Fr. Gilbert Jofre—respondió Valencia erigiendo, en 1409, una *Casa de orates*; cierto que en 1436, en Sevilla, bajo la advocacion de los Santos Cosme y Damian, se levantó el hospital de los *Inocentes*, y que en 1483 el Nuncio de Toledo, Francisco Ortiz, hizo erigir otro, del mismo nombre y con igual destino, en Toledo; pero no lo es menos que tan edificante iniciativa no encontró eco en las otras naciones. El asilo de *Bethlam*, construido en 1547 en Lóndres, mereció el nombre de *Cárcel de los locos*, pues los orates, aunque separados de los criminales, estaban retenidos con cadenas en sus jaulas y hasta—pena causa decirlo—servian de ludibrio á los curiosos y de objeto de especulacion á inhumanos loqueros, que se hacian pagar los latigazos con que provocaban el furor de los enfermos, para hacer *mas divertido* el espectáculo.

En el año 1792, Felipe Pinel, el tan modesto como ilustrado amigo de Condorcet, Fourcroy, Bertholet, Cabanis, Thouret, Chaptal y Desfontaines, el célebre autor de la *Nosografía filosófica*, el erudito traductor de Cullen y el sabio comentador de Baglivio, conseguia ecliparse á sí mismo, superando su envidiable reputacion científica, con una obra de reparacion y de justicia, que las edades no podrán menos que admirar: tal fué la de acabar con las preocupaciones de la época, rompiendo las cadenas de los locos. En vano se asombra la *Convencion* del atrevido propósito de Pinel; en vano el demagogo Couthon le llama *mas insensato que los locos*, al verle empeñado en desatar á los furiosos que, aherrojados, gritan y amenazan en los calabozos de Bicetre; el gran filántropo, el profundo conocedor de la fisiología de la sin-razon, quita los grillos á los desgraciados, y el convencional contempla con estupor cómo la tranquilidad sucede al delirio morboso, y cómo los alaridos del dolor se truecan en tiernas expresiones de gratitud y de reconocimiento de parte de los enajenados. Pinel es el Washington de los locos.

Este momento histórico es el primer jalon que señala la era en que habian de rehabilitarse los fueros de la dignidad humana accidentalmente eclipsada por el estado patológico, la cual anuncia el orígen de la Psiquiátrica moderna, con una numerosa pléyade de médicos eminentes, que han hecho de aquella el objeto de su especialidad práctica, produciendo una riquísima literatura clínica y contribuyendo, con incansable celo, á la creacion de asilos sosegados, alegres, cómodos, higiénicos y apropiados á la sensibilidad de los alienados, cuales son los modernos *manico-*

sima. Para juzgar de la importancia de los resultados de este impulso filantrópico, no hay mas que fijarse en el número de los establecimientos frenopáticos de las diversas naciones en estos últimos años: Francia tenia, en 1853, entre públicos y privados, 111 manicomios, con 23,795 alienados; Inglaterra, en 1858, 168, con 22,013; Escocia, en 1860, 45, con 4,350; Alemania, en 1850, 111, con 11,622; Bélgica, en 1859, 51, con 4,508; Holanda, en 1856, 12 públicos, con 2,070; Dinamarca, en 1847, 11, con 622; Suecia, en 1838, 10, con 941; Rusia, en el mismo año, 41, con 3,095; y los Estados-Unidos de América, en 1845, 25, con 2,763; lo cual da en resúmen un total de 585 manicomios, en donde se albergan y son atendidos 75,780 orates.

En España, no obstante haber sido los iniciadores de tan santa institucion, estamos en este punto tan sumamente rezagados, que casi debemos contentarnos con tener una página gloriosa en la historia de la filantropía. Nuestra legislacion sobre este particular, se reduce á los siguientes artículos, contenidos en la ley de Beneficencia decretada por las Córtes extraordinarias de 1821, sancionada en 2 de Febrero de 1822, y restablecida por Real decreto de 8 de Setiembre de 1836.

«Artículo 119. Habrá casas públicas destinadas á recoger y curar los locos de toda especie, las cuales podrán ser comunes á dos ó mas provincias, segun su poblacion, distancia y recursos, y aun segun el número ordinario de locos en ellas; todo á juicio del Gobierno.»

De esta relativa inferioridad en que nos hallamos, no hay que achacar la culpa á los médicos, sino á la administracion pública, que raras veces se ha dignado fijar su atencion en este asunto. Á las excitaciones del Dr. D. Pedro María Rubio se debió una Real órden de 13 de Noviembre de 1846, por la cual se acordó la ereccion de un *establecimiento modelo*. Relegado al olvido este pensamiento, se necesitó otro decreto, el de 28 de Julio de 1854, por el cual se mandó crear un *manicomio modelo* en las cercanías de Madrid, abriendo al efecto un concurso entre los arquitectos, para la adopcion del plano mas conveniente. Pero, ¿cuál ha sido el resultado de tan manoseado proyecto? La casa llamada de Santa Isabel, en Leganés, de escasa capacidad, falta de agua, y de construccion tan irregular y tan poco adecuada á su destino, que ha merecido las mas severas censuras de todos los alienistas que la han visitado. Trátase ahora, segun un reciente decreto, de *ultimar* la edificacion del susodicho manicomio; pero, si es tan viciosa su construccion, si está mal emplazado y si carece de

aguas, ¿no seria mas acertado buscar sitio mas conveniente para levantar un establecimiento frenopático que, llenando todas las condiciones que reclaman los adelantos y necesidades de la época, pudiese servir de verdadero manicomio modelo? ¡Cuántas luces podria proporcionar al efecto el magnífico opúsculo titulado *Proyecto médico-razonado para la construccion del manicomio de Santa Cruz de Barcelona*, escrito por nuestro distinguido amigo y sabio director del manicomio del Hospital de Santa Cruz, doctor D. Emilio Pí y Molist! Cuanto mas leemos este *proyecto*, y cuanto mas sobre el mismo meditamos, tanto mas sentimos haya quedado en *proyecto* un establecimiento que debia ser de los mas importantes en la capital del Principado.

El *manicomio*, tal como hoy se concibe, debe cumplir los objetos siguientes: 1.°, proporcionar á los alienados curables un asilo que tenga todas las condiciones apetecibles para rodearles de un conjunto de agentes adecuados á su impresionabilidad morbosa, así como para aplicar los recursos del órden farmacológico, conducentes al tratamiento racional de su enfermedad; 2.°, albergar á los orates incurables, prodigándoles todos los cuidados que requiere su situacion; 3.°, separar de la sociedad á los enajenados dañinos, á fin de que, en sus arrebatos maniacos, no se perjudiquen ni ofendan á otras personas; y 4.°, recluir á los locos que han cometido actos penados por las leyes.

Para realizar este cuádruple fin, el manicomio debe reunir un conjunto armónico de condiciones que produzcan el aislamiento, la seguridad, la comodidad y la higiene de los reclusos. Faltando cualquiera de estos requisitos, el establecimiento es defectuoso.

La condicion de aislamiento exige que los manicomios estén separados de todo gran centro de poblacion. Su presencia en el casco de la ciudad, expone á los enajenados á participar del ruido, á sentir el movimiento vertiginoso de la misma y á sufrir los vaivenes de espíritu propios de los motines y agitaciones políticas. Además, contribuye á la relajacion de la disciplina, pues ni siempre es fácil evitar que los empleados y enfermeros falten á la puntualidad, permitiéndose prolongar las ausencias del establecimiento por mas tiempo de lo que se les concede, ni tampoco es posible, en muchos casos, eludir las exigencias de los deudos de los reclusos, quienes, empeñados en visitarles, destruyen en un instante los efectos terapéuticos del aislamiento y agravan la enfermedad hasta un punto que difícilmente puede comprender el que no conoce la fisiología patológica de la ena-

jenacion mental. Con todo, es innegable que, por los conceptos de economía, comodidad, facilidad para el ingreso y otras circunstancias de menor monta, la situacion del manicomio en el seno de una grande poblacion tendria sus ventajas. Importa, por lo mismo, conciliar las cosas de manera que la situacion del establecimiento, con respecto á la ciudad, sea tal que evite los inconvenientes y sea posible utilizar las ventajas; al efecto, se emplazará á una distancia de aquella que no sea menor de tres kilómetros, ni pase de ocho, escogiendo un sitio en donde no haya que temer que, por la expansion del centro urbano, andando el tiempo, el edificio se vea rodeado de viviendas particulares. Se procurará además que el manicomio esté contiguo á un caserío ó pueblecillo, á fin de que diariamente sea fácil acudir al mercado para proveer de comestibles frescos.

«La construccion de un asilo de alienados, dice M. Falret, no tanto debe ser la obra de un arquitecto, como la realizacion de los principios de la medicina mental; de manera que la modificacion de estos, ha de producir necesariamente una modificacion correspondiente en la construccion. El plan del edificio debe someterse á las prescripciones de la Psiquiátria, en todos los puntos referentes á su magnitud, altura, figura, clasificacion de los departamentos y disposicion de las estancias.»

Con respecto á la *magnitud* ó *extension* de los manicomios, cabe, por muchos conceptos, decir lo mismo que con respecto á la de los hospitales; sin embargo, en aquellos no es precisamente el mefitismo lo que obliga á limitar el número de los enfermos, sino la imperiosa necesidad de vigilancia y de órden disciplinario que se necesita para la provechosa accion de esta clase de establecimientos. En un manicomio cuya poblacion exceda de quinientos enfermos, consideramos difícil mantener el órden y adaptar la medicacion y el régimen higiénico-moral á las indicaciones individuales. Además, como la estancia en estos establecimientos es infinitamente mas duradera que en los hospitales, toda vez que debe considerarse perpétua con respecto á los incurables, y en los curables las evoluciones de la enfermedad han de contarse por trimestres ó semestres, y no por semanas, como sucede en las afecciones ordinarias, es preciso que cada individuo pueda disponer de un espacio mucho mayor para el libre ejercicio de sus funciones. De ahí la necesidad de que el manicomio se halle rodeado de una grande extension rural, que debe ser cuádruple de la del campo de asentamiento del edificio. Entrando en el cálculo la extension de este y de los terrenos labo-

rables y jardines, se necesitan, segun Guislain, dos hectáreas por cada 100 individuos.

Esquirol ha exagerado sin duda la necesidad de reducir la *altura* de los manicomios á la planta baja. Esta idea, nacida del deseo de ahorrar una vigilancia continua sobre los agitados y los furiosos, para frustrar todo conato de suicidio é impedir puedan precipitarse desde una considerable altura, sin necesidad de poner rejas en las ventanas, tiene poco fundamento, pues, siendo la agitacion y el furor estados transitorios en los enajenados, no puede justificarse el que, por este solo motivo, se renuncie á las ventajas higiénicas que ofrecen los primeros y segundos pisos. Además, obligando el sistema de Esquirol á extender extraordinariamente la superficie del edificio, para que en él haya el número conveniente de salas de reunion, celdas y dependencias, la vigilancia y el servicio se ejercen con suma dificultad.

La *figura* del manicomio viene determinada por las líneas geométricas capitales, haciendo abstraccion de los detalles, las cuales constituyen lo que pudiera llamarse *esqueleto* del edificio. La forma mas sencilla es la línea recta simple; el edificio se reduce á un corredor, que comunica por las partes laterales con un número mayor ó menor de celdas (figura 14) tal es la disposicion que ofrecia el primitivo manicomio de *Bethlam*, en Lóndres, así como el de *Turin*, el de *Zurich*, en Basilea, y el de *Brema*. Aumentando el número de corredores, resulta el *paralelógramo rectangular* (figura 15) que ofrece el *hospital de alienados de Génova*. De la línea recta pueden partir en ángulo recto varios corredores ó cuerpos de edificio (figura 16), como se observa en los establecimientos de *Derby* (figura 17), *Glascow* (figura 18), la *Jamaica* (figura 16) y *Sauchsenberg*. El alienista Guislain propone un largo cuadrado, segmentado por divisiones, que forman jardines (figura 19), este es el plano de los manicomios de *Halle* é *Ileneau*. Escipion Pinel prefiere dos séries de cuerpos de pabellones, separados entre sí por un patio central (figura 20). Análogos á este son los planos del *Manicomio de Yona*, concebido por M. Hilard, y del de *Quatre Marches*, cerca de Ruan, debido á M. Parchappe. A M. J. Frank se debe el primer modelo de la forma *crucial*, que consiste en cuatro patios separados entre sí por dos rectas entrecruzadas, tal cual la tiene el manicomio de *Erlangen* (figura 21). Los establecimientos frenopáticos de Inglaterra forman casi todos *dos cruces*, confundidas por sus brazos, como se nota en el *manicomio de Oxford* (figura 22), y, aunque con algunas modificaciones, en el de *Hanwell*, cerca de

Figura 14.

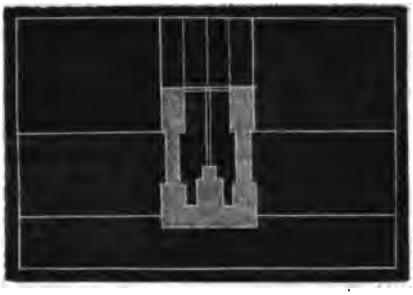


Figura 15.

Figura 16.

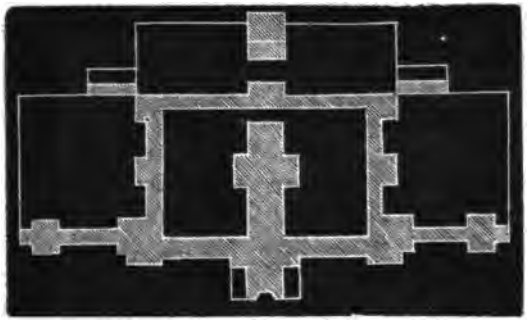


Figura 17.

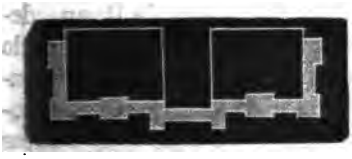


Figura 18.

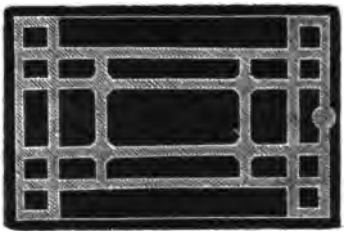


Figura 19.

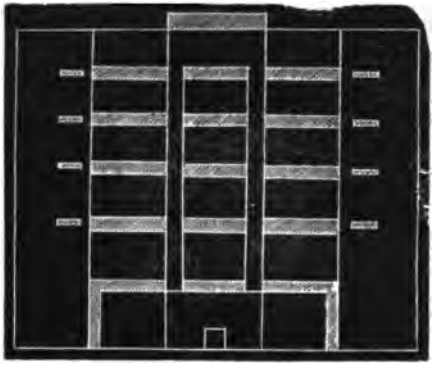


Figura 20

Figura 21

Figura 22.

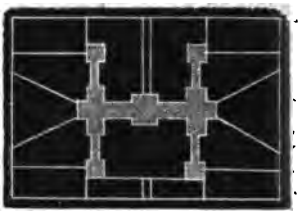


Figura 23.

Figura 24.

Figura 25.

Lóndres, y el de Cohay Natch. De esta forma deriva la de H, que presenta el asilo de Wakuefield (figura 23). Otro tipo es el de formas *radiadas*, con arreglo á las cuales se construyeron el manicomio de *Génova* (figura 24), el de *Boudurin*, el de *Glocester*, y el de *Devonshire*, junto á Exeter—Inglaterra.—Por último, hay las formas mixtas, en que, como se ve en el plan de M. Ferrus (figura 25), se hallan combinadas las líneas semicirculares con las radiantes y con las cruciformes.

De todas estas formas la menos conveniente es la radiada: útil para los establecimientos carcelarios, en los manicomios concentra el ruido, favoreciendo, por lo mismo, la agitacion; da un aspecto poco agradable á los patios, y, cuando se aumenta el número de alienados, no puede ensancharse sino prolongando desmesuradamente los radios.

La disposicion mas adecuada es aquella que permite agrupar las construcciones alrededor de un centro y colocar los patios y jardines al exterior. Los cuadrados son favorables á la clasificacion de los enfermos.

Asunto es esencialmente de la incumbencia del médico la distribucion interior del manicomio. En primer lugar, es indispensable establecer la separacion de los sexos, no precisamente, como quieren algunos, en dos edificios apartados entre sí, sino que, para el régimen administrativo y marcha económica del establecimiento, es preferible que formen parte de un solo edificio, formado de tres cuerpos, á saber: uno central, para la administracion, convalecencia y dependencias, y dos laterales, ó sea el departamento de hombres y el de mujeres. Esta disposicion, que es la que hemos dado al manicomio de nuestro cargo, *Nueva-Belen* (1), establece la conveniente separacion de sexos, y permite al mismo tiempo cierto grado de relaciones en el estado de convalecencia, que son indispensables antes de que los enfermos entren de nuevo en la vida social.

Hecha esta separacion por razon del sexo, viene la clasificacion fundada en las condiciones de la enfermedad. En este punto es preciso abandonar toda idea especulativa y atenerse á las necesidades de la práctica. Fácil es comprender los inconvenientes que resultarian para los enfermos, si se hallasen constantemente reunidos los afectados de una misma categoría de perturbaciones mentales. ¿Qué ventajas reportaria el melancólico de no ver junto á sí mas que personas de humor tan sombrío como el

(1) Véanse los planos al final de la obra.

suyo? ¿Qué haria el suicida, sino agravar sus morbosos conatos de atentar á su existencia, viviendo al lado de otros afectados de la misma insania? La idea de separacion de los enajenados, por la índole de sus frenopatías, tiende á evitar que los enfermos puedan dañarse unos á otros y á obtener de estas mútuas relaciones una compensacion de las tendencias morbosas de su enajenacion mental. El triste y taciturno, al lado del hablador tranquilo, y este junto al monomaniaco filosofante, equilibran, por el recíproco trato, sus individuales disposiciones frenopáticas.

Para cumplir estas indicaciones, basta, como dice Guislain, dividir los enajenados en seis grupos, á saber: 1.°, *de convalecientes, maniacos lúcidos y maniacos intermitentes*, en sus estados de lucidez, cuyas habitaciones deben ser las mas directamente relacionadas con las de la administracion y dependencias, sin que haya inconveniente en que algunos de ellos se ocupen en las variadas tareas del establecimiento; 2.°, de *tranquilos*, que, como los maniacos sin delirio, los estáticos, los alucinados y los dementes é imbéciles dóciles, cuidan de su limpieza corporal, no hacen ruido ni cometen actos de furor, y tienen aptitud para el trabajo; estos deben ocupar la parte mas tranquila del edificio, á fin de que puedan entregarse al descanso sin verse molestados por los demás; 3.°, de *agitados*, entre los que se comprenden los melancólicos que lloran y se desesperan, los suicidas, los gesticuladores, los maniacos que siempre disputan, riñen, cantan, acusan ó intentan pegar, arañar ó morder, los dementes, incoherentes ó agitados, los imbéciles maliciosos é indóciles y los que de cuando en cuando sufren ataques epilépticos; estos enajenados deben poder disponer de patios y salas espaciosas para pasear sin causarse daño unos á otros; 4.°, de *turbulentos ó destructores*, que comprende los afectados de furor melancólico, los maniacos furiosos, que rompen los muebles, desgarran sus vestidos y atentan contra la vida de sus semejantes, y los epilépticos estúpidos; debe destinarse á estos una sala principal, con celdas particulares, cuyas paredes estarán almohadilladas y el suelo entarimado, á fin de que, en sus arrebatos de furor, no puedan dañarse; 5.° de *dementes*, que han perdido casi toda su energía psicológica, pero que aun conservan alguna aptitud para el trabajo, pudiendo asimilarse á estos los imbéciles, los idiotas y los epilépticos maniacos no sucios; los aposentos de estos deben estar á bastante distancia de los destinados á los tranquilos; 6.°, de *sucios*—á quienes el doctor Pí ha llamado *clinequesas*—caracterizados por no tener voluntad para atender á su propia limpieza;

estos deben estar completamente separados de los otros enfermos, á fin de que no puedan incomodar con sus emanaciones, ni causar asco su miserable aspecto.

La capacidad y número de estancias correspondientes á cada una de estas divisiones, debe ser proporcional al número de afectados de la forma mental á que se refieren, en relacion con la poblacion del manicomio. Los progresos de la Psiquiátrica han contribuido en gran manera á disminuir el número de los enajenados turbulentos, y, en los establecimientos bien dirigidos, es tambien muy reducido el de los sucios. Guislain, contando sobre una poblacion de orates, ha calculado las siguientes proporciones: convalecientes, 25; tranquilos, 60; agitados, 55; turbulentos, furiosos y epilépticos, 10; dementes, imbéciles, idiotas, y epilépticos no sucios 115; sucios 55. «Estos enfermos, dice, forman dos grupos primitivos, esto es, uno de 150 individuos, compuesto de convalecientes, melancólicos, maniacos y locos propiamente dichos, y otro, tambien de 150, que comprende los dementes, los paralíticos, los epilépticos y los sucios.»

Un manicomio no debe ser una casa lujosa, sino higiénica, cómoda y tranquila. Estas condiciones deben revelarse en todos los detalles del edificio: el lujo en estos establecimientos, puede halagar á los profanos que los visiten, y hasta, en ciertos manicomios de explotacion particular, es rico manto que oculta muy graves defectos de Administracion y de Higiene, en beneficio de la empresa. Bajo el punto de vista científico-social, el lujo en el manicomio seria el escarnio de la miseria.

Como el frio causa á los enajenados una sensacion tan penosa como perjudicial, es necesario que el pavimento esté entarimado y encerado; sin embargo, los dormitorios de los sucios deben estar enladrillados, para que puedan lavarse todos los dias. En las salas de reunion, los techos deben estar pintados al óleo. Las puertas han de ajustar exactamente, cerrar con llave y tener una rendija, para poder observar á los enfermos desde el exterior. Se procurará además, por los procedimientos higiénicos, establecer una buena ventilacion, calefaccion y alumbrado natural y artificial en las habitaciones. Habrá tres clases de celdas: *ordinarias* para alojar en cada una, durante la noche, de ocho á diez enfermos tranquilos; debe haber en ellas una chimenea ventilatoria; celdas de *aislamiento*, para los que rompen y destruyen, de las cuales hemos hablado mas arriba; y celdas *mixtas*, para aislar á los enfermos que están únicamente agitados.

En todo manicomio bien concebido, prestan importantes ser-

vicios los *corredores* largos y espaciosos, los cuales, á la vez que facilitan la vigilancia contínua sobre las celdas, son sitio á propósito para que se ejerciten en la deambulacion los alienados que no se hallan en aptitud de salir al aire libre y, en general, todos ellos en los dias tempestuosos. En *Nueva-Belen*, además de espaciosos corredores y anchurosas galerías acristaladas, que preservan del aire, hay un gran patio en donde pasean los pensionistas, cuando las afecciones atmosféricas no permiten que salgan al parterre y á los jardines. Guislain quiere que las *galerías, corredores* y *pasillos* tengan de 3 á 4 metros de anchura, y rehusa los corredores entre dos séries de celdas, achacándoles que, produciendo resonancia, acrecientan el ruido de los pasos.

En *Nueva-Belen* hemos evitado este inconveniente abovedando los techos, con lo cual resulta que el sonido se refleja y queda extinguido en el mismo corredor. Es hasta una condicion favorable para ejercer la vigilancia de las celdas desde los corredores, pues el ruido se propaga de aquellas á estos, y no en opuesto sentido.

Así en los corredores como en las galerías, debe haber banquillos fijos á la pared, para que los enfermos puedan decansar á medida que se sientan fatigados. A fin de evitar que estos adopten la posicion horizontal, á que no pocos tienen especial tendencia, es conveniente que los asientos estén compartidos por medio de barras ó brazos. Inútil es advertir que los banquillos deben ser mas bajos en el departamento de mujeres que en el de hombres.

Las *escaleras* deben ser anchas, de escalones bajos y bien alumbradas. Guislain proscribe las escaleras abiertas, á fin de evitar que los alienados se precipiten desde la baranda. En *Nueva-Belen* este peligro está precavido mediante un para-caidas de alambre, que tapa la abertura.

Debe haber diferentes *salas*, cuyos objetos indican sus nombres: de *reuniones*, de *labor*, *refectorio*, de *lectura*, *dormitorios* y *enfermerias*. La capacidad de estos aposentos debe tasarse habida razon al número de personas y de horas que estas deben permanecer en ellos y de la mayor ó menor potencia de los medios ventilatorios; no perdiendo de vista que la higiene reclama 30 metros cúbicos de aire por individuo y por hora. Las salas de reunion,—que en *Nueva-Belen* miden 20 metros de largo por 10 de ancho—deben tener bancos, sillas, mesas y juegos, para solaz de los alienados tranquilos.

Las *salas de labor*, deben, en general, estar situadas en la

planta baja; pero las de costura, en el departamento de mujeres, han de hallarse contiguas á la ropería.

Los *refectorios* es preciso que estén inmediatos á la *cocina*. En *Nueva-Belen* esta se halla en el extremo posterior y central del edificio, y en inmediata relacion colateral, por la derecha, con el refectorio de los hombres y por la izquierda con el de las mujeres. Es una disposicion tan cómoda como económica. Por lo demás, hoy dia está demostrado que es mucho mejor que los alienados coman en comun que en aposentos individuales. El que ve por vez primera el espectáculo de una comida en un manicomio, queda sorprendido del órden, compostura y silencio que reina en esta funcion. En *Nueva-Belen* los pensionistas tienen vajilla de loza ó porcelana, vaso de cristal, cubierto de metal blanco ó plata y algunos de ellos cuchillo: no hay memoria de haber ocurrido el menor conato de indisciplina durante las refacciones. Nunca parecen mas cuerdos los locos que cuando comen, si encuentran buena y abundante comida.

El *gabinete de lectura*, al que puede estar anexo el de dibujo y pintura, debe hallarse emplazado en un punto retirado y libre de ruido; debe tener buenas luces y poseer mesas para escribir, en forma de atril, y una librería escogida.

Los *dormitorios* son individuales ó colectivos: los primeros hacen mas cara la vigilancia y solo son aplicables á los manicomios privados; los últimos tienen la ventaja de sustraer á la influencia del terror á los locos afectados de ciertas formas alucinatorias é inquietudes. No deben acostarse mas allá de 16 personas en una estancia.

Las *enfermerías*, destinadas á los alienados que accidentalmente tengan que guardar cama, han de estar emplazadas en puntos apartados de todo movimiento y ruido, pero al alcance de un servicio pronto y eficaz. Debe haber, por lo menos, una enfermería para los enfermos ordinarios y otra para los sucios, y hasta seria de desear otra para los que adoleciesen de males contagiosos.

Los agitados, los turbulentos, los alborotadores y los furiosos, deben permanecer, mientras dura el estado hiperfrénico, en *celdas especiales*, llamadas de *aislamiento* ó *cuartos fuertes*. El número de estos puede calcularse partiendo del dato de que, por cada diez ó doce alienados hay uno furioso ó agitado. Sus dimensiones deben ser reducidas, pero suficientes para las necesidades respiratorias: bastan tres metros en todas direcciones. Estarán apartadas de las otras estancias y aun separadas entre sí

por paredes bastantes gruesas, para que no se propague recíprocamente el ruido. Tendrán una puerta con ventanillo, para vigilar al enfermo, y una ventana, con reja, á una altura suficiente para que no pueda llegar á ella el alienado. Guislain objeta á está disposicion su semejanza con la de los calabozos: por fortuna, el estado mental de los alienados que son objeto de esta reclusion, no les permite reparar en estas analogías. La puerta de la ventana, que debe cerrar por fuera, tendrá tambien un ventanillo, con cristal de quita-y-pon, preservado de cualquier violencia por una tela metálica que corresponde á lo interior de la celda.

Mucho se ha hablado en estos últimos meses del método curativo de las enfermedades mentales por la influencia de la *luz coloreada*. Este tratamiento, que el Dr. Ponzá, de Milan, atribuye á su invencion, estaba en uso en *Nueva-Belen* dos años antes de que el referido alienista hubiese dado á conocer sus observaciones, y, sin vanidad lo decimos, no debimos esta aplicacion terapéutica á ninguna insinuacion extraña. El procedimiento es muy sencillo: el vidrio del ventanillo de las celdas fuertes, como hemos dicho, es de quita-y-pon: si el recluso es un melancólico, se coloca un vidrio encarnado, con lo cual se hace que la celda quede alumbrada con luz roja; si el paciente presenta fenómenos maniacos, se pone un vidrio azul, y la celda queda bañada en luz de luna. Es completamente inútil, como quiere el doctor Ponzá, pintar de rojo ó de azul las paredes de esta estancia.

Distamos mucho de conceder á este medio la importancia que le atribuye el Dr. Ponzá, considerándole como un método general suficiente en la mayoría de los casos para producir la curacion de las formas mentales mas comunes: la manía y la melancolía. Prácticamente hemos podido convencernos de que la luz coloreada es un coadyuvante bastante poderoso, ya para mitigar la hiperfrenia, ya para estimular el ánimo en la frenalgia; pero, á la verdad, á pesar de que hacemos uso cuotidiano de este recurso, no vemos motivos para un grande entusiasmo. Bueno es, sin embargo, recomendarlo á los prácticos.

En *Nueva-Belen* estas celdas están forradas de madera y acolchadas por todos lados, excepto en el suelo, que está entarimado y tiene declive dirigido hácia el corredor, para dar salida á las orinas y al agua del baldeo. No se nos alcanza la razon que haya tenido Guislain para decir que son malas las celdas acolchadas: el único defecto que les encontramos, es su elevado precio y el exigir frecuentes reparaciones.

La *seccion de baños* es una de las mas importantes en el manicomio. Los baños estarán emplazados junto á los cuartos fuertes, pues los agitados son los que mas necesitan de esta medicacion. Próximas á los baños habrá algunas camas para los enfermos que necesiten acostarse despues de bañarse. Por cada cien reclusos se necesitan por lo menos seis bañaderas fijas. Por encima de los baños deben estar los *chorros* ó *duchas*, de diversas formas y direcciones, en relacion con depósitos de agua caliente y fria.

La conduccion del agua caliente á los baños debe hacerse de modo que el chorro no pueda inferir quemaduras al enfermo. Al efecto, el mejor medio es hacer que el agua penetre por el fondo de las bañaderas. Así se halla dispuesto en *Nueva-Belen*, y jamás ha habido que lamentar el menor accidente.

Las bañaderas pueden ser de metal (zinc, hoja de lata, cobre) de piedra tallada, de mármol ó de azulejos. Estas últimas son recomendables por su fijeza, solidez y limpieza. En la parte correspondiente á la cabeza deben tener un respaldo algo saliente, con una depresion esferoidal para apoyar el cráneo. Es además conveniente que se puedan tapar por medio de dos tablas de madera, una, mas pequeña, fija por una charnela al respaldo, con una amplia escotadura correspondiente á la nuca del bañista, y otra, clavada por charnelas, á las paredes laterales y tambien escotada en la parte correspondiente al cuello, disposicion que permite recluir en la bañadera todo el cuerpo del paciente, excepto la cabeza.

Las *letrinas* se emplazarán en pabellones independientes de las habitaciones, á fin de preservar á estas de tan incómoda proximidad; razon por la cual merecen proscribirse los lugares excusados contiguos á los dormitorios. En estos debe haber el correspondiente número de sillicos portátiles. La construccion de las letrinas se ajustará á las prescripciones que establece la higiene para evitar el mefitismo. En lo posible, se procurará que solo haya lugares excusados en la planta baja, y todo se dispondrá de modo que se pueda ejercer una exquisita vigilancia, á cuyo efecto las puertas tendrán una ventana con celosía en su mitad inferior, disposicion que permite ver los piés de los que están dentro.

Para completar la exposicion de las reglas que deben observarse en la construccion de un manicomio, faltaria tratar de las condiciones que deben concurrir en las varias dependencias del servicio, tales como la cocina, la despensa, los lavaderos, los secadores, las habitaciones del personal facultativo y directivo, la

sala de diseccion, la de observacion de los difuntos, la botica, las habitaciones de los guardianes y criados, la capilla, los almacenes, los locutorios, etc.; pero para estos pormenores mejor es consultar algun tratado de Arquitectura, y si se necesitan mas detalles sobre los puntos que hemos indicado, se encontrarán en el tercer tomo de las *Lecciones orales* del Dr. Guislain y con mayor extension aun en el ya nombrado *Proyecto médico razonado para la construccion del manicomio de Santa Cruz de Barcelona*, del Dr. Pí y Molist. Por fin, como ejemplo práctico de un manicomio privado, pueden examinarse los planos de *Nueva-Belen*, que van al final de esta obra.

En cuanto á moviliario, nada hay que observar con respecto á los tranquilos; pero los maniacos agitados y furiosos deben tener camas muy sólidas y fijas al suelo; durante los accesos de furor, serán reducidos en las celdas de aislamiento, en donde habrá una yacija de paja, que debe ser renovada cada dia. Se proscribirá todo medio de represion violento: no se permitirán, pues, las cadenas, ni las cuerdas, ni se emplearán, sino en casos muy raros, los medios de intimidacion, tales como las duchas, el torno-columpio, etc. Para dominar los movimientos de furor, se emplearán tan solo las camisetas de fuerza ó las manoplas con cinturon.

El campo que circunde al edificio, debe estar rodeado de una cerca de elevacion suficiente para evitar las evasiones; accidente muy comun en los manicomios en que falta esta condicion, si, por otra parte, no se ejerce una contínua vigilancia. Las cercas á *salto de lobo* (fig. 26) constituyen una invencion útil, pues precediendo á la muralla un suave declive del terreno, aquella, sin pasar la rasante de este, resulta suficientemente elevada para que no sea fácil trasponerla, y como no ofrece obstáculo á la proyeccion de las visuales en un extenso horizonte, no causa en los enajenados los melancólicos efectos de la reclusion.

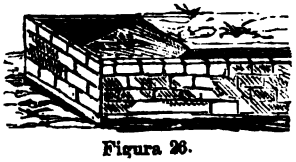


Figura 26.

A medida que la opinion médica se va pronunciado en favor de la asistencia domiciliaria de los enfermos de afecciones comunes, se ha ido tambien acentuando mas y mas en pro de la necesidad del tratamiento de los alienados en asilos colectivos. Puede, en consecuencia, decirse que las tendencias actuales de la Higiene pública son: *anular los hospitales y multiplicar los manicomios*. La razon es fácil de comprender: la familia, que ejerce en el enfermo una accion benéfica y consoladora, exaspera, al

enajenado; quien, por lo mismo, no solo perturba la tranquilidad del hogar doméstico, sino que, residiendo en él, agrava cada dia su estado. Ya no se discute, por consiguiente, entre los médicos, sobre la utilidad del aislamiento de los locos; pero lo aun cuestionable, es si debe preferirse el manicomio propiamente dicho y tal cual lo hemos descrito, á las colonias, viviendo los enajenados en casas de campo, formando parte de la familia de los labradores, bajo la inspeccion de un médico, como sucede en Bélgica, en la Colonia de orates de Gheel, ó si debe adoptarse un sistema mixto. «De todas estas combinaciones, dice Levy, la que parece mas práctica y mas fecunda, en buenos resultados, consiste en anexionar casas de campo, explotaciones ó colonias agrícolas al asilo, que se mantiene como centro de administracion de vigilancia y de tratamiento. Este es el sistema generalmente adoptado en los Estados-Unidos, en Hannover, en Hungría, en Roma, en Venecia y del cual Fitz-James es el mas acabado modelo, segun el parecer del eminente alienista Brierre de Boismont. El asilo para los enajenados en tratamiento; la colonia anexa para los robustos y locos dóciles, á quienes coloca en condiciones análogas á las de la vida comun, alejándoles toda idea de secuestracion, terminando la curacion de algunos y haciendo mas llevadera la existencia de los incurables; la colonia anexa es el medio mas seguro para oponerse al hacinamiento en los asilos y para aliviar las cargas de los Departamentos.»

El tratamiento de los alienados puede ser objeto de establecimientos especiales, sostenidos por empresas particulares, debiendo fomentarse en España, en donde, por desgracia, son apenas conocidos los del Estado. Es necesario, empero, que sobre ellos la Administracion pública tenga una directa intervencion, á fin de que se cumplan al pié de la letra las prescripciones de los reglamentos, así como para impedir la reclusion de personas de entendimiento sano. Al efecto, nuestras leyes previenen, que las Administraciones de estos establecimientos no admitan individuo alguno sino por órden expresa del poder judicial ó sin que á su entrada se acompañe una certificacion de su enajenacion, firmada por dos facultativos, legalizada por dos escribanos ó autorizada con el sello de la Alcaldía del punto de su procedencia, si en este no hubiere escribano. Estas formalidades deben considerarse suficiente garantía contra la detencion arbitraria; sin embargo, para evitar responsabilidades, muy pesadas para los Directores de los manicomios, bueno fuera que toda reclusion debiese ser mandada por el Juez.

B.—Dinámica ó funcionamiento del manicomio.

En los paises en que la civilizacion higiénica prepondera sobre los vaivenes de la política, y en donde el medro personal, en las esferas del poder, se pospone al bien comun, la suerte de los alienados preocupa tan vivamente la atencion de los gobernantes, que este hecho psíquico-administrativo se pone de manifiesto por una legislacion detallada sobre esta importante materia. En España pasamos por la afrenta de carecer casi por completo de leyes, reglamentos y ordenanzas relativas al cuidado de los locos.

Sí, pues, nuestros gobiernos han estimado conveniente no parar mientes en esta materia, ¿se podrá decir entre nosotros, como en otras naciones, bajo este respecto mas afortunadas, que el corazon ó centro de vida de los manicomios reside en las elevadas regiones de la administracion pública? Limitémonos, por lo tanto, á desear el advenimiento de mejores tiempos, y dejemos consignado que, despues del Gobierno, la primera rueda del organismo funcional del manicomio es su *médico-director*.

El *médico-director* debe ser el alma del asilo; su espíritu filantrópico, su celo humanitario y sus altas dotes científicas y clínicas, deben manifestarse hasta en las funciones menos trascendentales del establecimiento. Si hay lauros, á él atañen la mayor parte; si merecido vituperio, él es el primer responsable. Todo gira en torno de él; el servicio higiénico, el terapéutico, el doméstico, el religioso, todo debe llevar un sello especial que permita entrever un objeto psiquiátrico, y, por consiguiente, una ordenacion pensada por la direccion médica.

El director de un manicomio debe reunir los siguientes requisitos: haber alcanzado al meridiano de la edad; haber sido educado en la atmósfera de un establecimiento de alienados; ser de carácter tan benévolo como enérgico; poseer en alto grado el genio de observacion y saber ejercer la autoridad de tal modo, que sus órdenes inspiren respeto y acatamiento porque derivan de una persona inteligente y de costumbres irreprochables. Un espíritu rutinario, un hombre apático, pequeño, rechoncho, deforme, muy hablador ó excesivamente alegre, ligero ó tocado de propensiones á la crápula, no será jamás un buen jefe de un asilo de alienados. Para semejante cargo, dice Guislain, el médico debe ser un hombre *comme il faut*.

Un *Reglamento interior*, redactado en virtud de una madura

experiencia sobre las necesidades del asilo, debe determinar las obligaciones y atribuciones del personal, y ordenar la distribucion del tiempo, señalando el modo de desempeñar las funciones del servicio.

«Yo deseo, dice Guislain, que el medio sea siempre el representante del arte, conservando intactas sus maneras hipocráticas. Entender directamente de los asuntos de la economía doméstica y descender á los detalles de la misma, es gastar tiempo en preocupaciones fútiles, que le apartan del principal objeto de su mision.» El Médico-Director debe circunscribir su accion á cuanto concierna á la medicacion, á la moralizacion y á la higiene de los alienados, para dictar preceptos terapéuticos que tengan el valor de órdenes, cuya ejecucion no debe admitir demora. Al médico incumbe: 1.°, establecer el régimen alimenticio general y marcar las excepciones que deben hacerse en casos particulares; 2.°, prescribir el vestuario y la cama de los albergados; 3.°, ordenar y definir los medios coercitivos; 4.°, verificar la clasificacion de orates; 5.°, señalar las relaciones de los enfermos con las familias; 6.°, ordenar las salidas temporales ó definitivas; 7.°, proponer las modificaciones que haya que hacer en el edificio; 8.°, dar los informes que sean necesarios sobre el establecimiento ó sobre el estado de los enfermos, y 9.°, ejercer una inspeccion general sobre todos los servicios.

El Médico-Director no debe prodigarse á sus enfermos: sus visitas no deben ser diarias á todos; obrando de otro modo, gastaria tempranamente su prestigio y su autoridad. Para esto están los médicos auxiliares, cuyas principales obligaciones son poner inmediatamente en práctica las órdenes del Director.

El mejor sistema de pasar las visitas, es haciendo que los alienados concurran, uno despues de otro, al gabinete de recepcion del Director, acompañados de los vigilantes encargados de su custodia, á fin de que, por estos y por la relacion del médico auxiliar, el profesor pueda ponerse al corriente de los cambios de la enfermedad. El Director, durante la visita, debe tener á la vista el *Diario de observacion clínica*, en donde se anotan todos los accidentes de la enfermedad y tratamiento. En una libreta especial se apuntan las prescripciones.

Los *auxiliares* del Médico-Director, que serán uno ó mas, segun las necesidades del servicio, deben ser médicos jóvenes que tengan especial aficion al estudio de la Medicina mental. Corre á su cargo, el servicio quirúrgico; el de la botica; la inspeccion de las enfermerías; la direccion de las duchas y baños, la aplica-

cion de los medios de sujecion y coercion; así como la alimentacion forzada, las autopsias, la redaccion de las historias clínicas; la ejecucion de las órdenes del Director y, por último, la direccion de las clases de lectura y de los talleres.

Al lado de la direccion médica, y subordinada á esta, debe haber una *direccion económica*, encargada de facilitar los medios necesarios para poner en planta las prescripciones facultativas y llevar á cabo, en el servicio doméstico, estas mismas disposiciones.

El *Director económico* debe estar adornado de las siguientes cualidades: energía moral, bondad, inteligencia, ingenio, afabilidad en el trato y mesura en los actos. Debe efectuar las compras y presentar las cuentas. En ausencia del Médico-Director, asume la autoridad principal del asilo, en todo lo que sea de carácter administrativo. No debe inmiscuirse en las atribuciones de los médicos, ni oponerse á las órdenes emanadas de la Direccion facultativa. Debe además desplegar gran celo y actividad para llenar las muchas atenciones que á su servicio competen, procurando aprovechar las lecciones de la experiencia para el mejor acierto en el desempeño de su importante cargo.

Entre el Médico-Director y el Director económico, debe reinar la mayor armonía é inteligencia. Es indispensable que mútuamente se comuniquen sus ideas, que se respeten uno á otro, para que, á su vez, sean respetados: en aras de esta armonía, importa, como dice Guislain, «que cada uno sacrifique un tanto de su autoridad, para hacerse mútuas concesiones.»

El *Administrador* es el Director económico, lo que el Médico ó los Médicos Auxiliares al Médico-Director; así que sus funciones se hallan comprendidas en el perímetro de las atribuciones de aquel. Corre á su cargo: la provision de los objetos necesarios al sostenimiento de la casa, las vituallas, la ropería, los vestidos, los enseres de las camas, los almacenes, las bodegas, la calefaccion y la ventilacion. Si la poblacion del asilo es muy numerosa, para este servicio se necesitará mas de un funcionario.

El *servicio religioso* debe estar á cargo de un sacerdote. En *Nueva-Belen* este desempeña las funciones de Director económico. Nunca será bastante recomendada la prudencia en la eleccion de este funcionario. Un fanático, intolerante y dominado por ideas ultramontanas, por desdicha tan frecuentes en algunos clérigos poco ilustrados, no sirve para el caso. Para estas delicadas funciones se requiere un hombre caritativo, conocedor del corazon humano, sensible á sus flaquezas y profundamente pe-

netrado de que su mision, no tanto es catequizar, como contribuir á la curacion de los alienados, sirviendo de poderoso instrumento terapéutico al Médico-Director, en cuyas aspiraciones curativas debe recibir la inspiracion para ejercer con provecho su sagrado ministerio.

Las obligaciones del sacerdote son: cuidar del servicio de la capilla; oir en confesion á los alienados á quienes el Médico permita este sacramento; dirigir pláticas y lecturas piadosas á los enfermos, en los dias que establezca el Médico-Director; asistirles en la hora de su muerte; velar por la moralidad y las buenas costumbres, é iniciar las oraciones que se rezan á la mesa.

Los *vigilantes* son funcionarios encargados de cuidar que cada uno de los agentes del servicio cumpla con su cometido; son, pues, lo que en los hospitales los enfermeros mayores. Se escojerán entre los criados mas celosos y hábiles, y sus obligaciones serán: asistir á las visitas de los Médicos, para oir las órdenes de estos, informar á los jefes del establecimiento de todas las necesidades del servicio, y poner en obra las disposiciones de la superioridad.

No hay cosa mas difícil que crear y sostener un buen servicio de *guardianes* para un manicomio. Además de las especiales condiciones de carácter y de robustez física, requiérese cierta maestria en el trato de los alienados, que no se alcanza sino á fuerza de tiempo. Las cualidades que hacen un buen guardian, son: moralidad, prudencia, dulzura, benevolencia, inteligencia, sobriedad, economía, asiduidad, órden y limpieza. Cuando se tengan personas que reunan estos requisitos, la Administracion debe esmerarse en conservarlos en el servicio, puesto que su renovacion no es fácil.

En *Nueva-Belen* un Reglamento interior determina las atribuciones y obligaciones de cada uno de los individuos que constituyen el personal del servicio. Esta ordenanza está expuesta públicamente en el salon-vestíbulo; además, cada criado lleva una libreta en donde están escritos los artículos del Reglamento que especialmente atañen al servicio que le compete. El Administrador y el Director económico apuntan en la libreta del criado las faltas leves, así como las acciones meritorias, para en su dia recibir la punicion ó la remuneracion competente. Las faltas graves producen la inmediata separacion del empleado.

Se ha discutido mucho acerca de si conviene ó no que el servicio del manicomio esté á cargo de *congregaciones religiosas*. La

experiencia nos ha enseñado que lo mas conveniente es adoptar un término medio.

Por lo general, las congregaciones femeninas dan mejores resultados que las masculinas. En *Nueva-Belen* las *Hijas de la Caridad* prestan servicios, que no vacilamos en calificar de irreemplazables. Hay siete religiosas, á las órdenes de una superiora; cada una tiene á su cargo la direccion de uno ó mas funciones del establecimiento y son auxiliadas por criadas y criados, que obedecen sus mandatos. Desde que estas santas mujeres han tomado á su cargo el servicio doméstico, la limpieza, el aseo y el órden en la casa, nada dejan que desear. Las virtudes cristianas que se necesita poner en práctica para cuidar locos, no brotan por el bajo estímulo de recompensas mundanas; la palma de tanto sacrificio y abnegacion está en el cielo. Séanos permitido tributar un voto de admiracion á institucion tan piadosa, consagrada á derramar consuelos sobre el desvalido y á enjugar las lágrimas del infortunio. Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul son dechado que debieran imitar todas las mujeres que se consagran al claustro: siembran flores en el mundo, para ceñir corona en la vida eterna. Santificarse ejerciendo la caridad, hé aquí la verdadera imitacion de Cristo.

Para completar este punto con un ejemplo práctico, el lector podrá consultar el siguiente

REGLAMENTO ORGÁNICO DE NUEVA-BELEN.

I.

Objeto del Manicomio.

Artículo 1.° El objeto final del Manicomio *Nueva-Belen* es proporcionar albergue cómodo, higiénico, tranquilo y seguro á los enfermos afectados de enajenacion mental y procurar la curacion ó el alivio de las enfermedades de esta clase, mediante la aplicacion de los recursos de la ciencia frenopática.

Art. 2.° El Manicomio no recibe enfermos de cualquiera otra clase, á no ser que al propio tiempo sufran enajenacion mental. En este caso, y en los que una afeccion distinta de la enfermedad mental sobreviene en los albergados, se establece y se sigue un tratamiento adecuado á las indicaciones propias del estado patológico accidental.

Art. 3.° Si, ya curado de la enfermedad mental, algun pensionista presenta otra de distinta índole y en nada relacionada con aquella, el Manicomio se inhibe de la obligacion de conservarle bajo su cuidado, quedando, por consiguiente, el enfermo, desde el punto que cesa la afeccion frenopática, á disposicion de sus deudos ó allegados.

II.

De la colocacion de los pensionistas.

Art. 4.° Para la colocacion de un pensionista en la *Nueva-Belen*, se requiere que los que le acompañen exhiban los siguientes documentos:

1.° Certificacion de la enfermedad mental, firmada por dos profesores de Medicina y debidamente legalizada;

Y 2.° Demanda de colocacion, dirigida al Médico-Director y firmada por persona que acredite ejercer accion civil sobre el paciente.

Estos documentos quedan archivados en el Establecimiento.

Cuando la colocacion en el Manicomio tiene lugar de oficio, se requiere que el que acompañe al pensionista exhiba la correspondiente órden de la autoridad para la reclusion.

Art. 5.° Solicitada la colocacion y obtenida del Médico-Director la correspondiente órden de admision, los interesados deben satisfacer á la Tesorería del Manicomio el importe adelantado de la mensualidad corriente y designar al propio tiempo persona, residente en Barcelona, Gracia, Sarriá ó San Gervasio, que responda del pago de las mensualidades sucesivas.

Art. 6.° Deben asímismo los interesados dejar nota á la Direccion de la persona á quien deseen se dirijan la correspondencia y partes mensuales que sobre el estado de los albergados da el Manicomio.

Art. 7.° Cuando la urgencia del caso hace imposible proveerse en el dia del ingreso de los documentos mencionados, la *Nueva-Belen* recibe el pensionista sin registrar su admision y solo á título de observacion, concediendo á los interesados el plazo de ocho dias para que presenten los referidos documentos. Si trascurrido este período, no ha sido cumplida esta formalidad legal, el Manicomio no sale garante de la conservacion del pensionista en el asilo.

Art. 8.° Todo pensionista debe llevar á su entrada, como efectos de vestido y tocador, lo siguiente: seis camisas, seis pares de medias ó de calcetines, seis pañuelos de faltriquera, dos trajes para diario y otro para dias festivos, dos pares de calzado, una gorra, un sombrero que no sea de copa alta, una pieza de abrigo (capa, gaban, etc.), un peine y un cepillo. A estas pueden añadirse otras prendas de vestir, siendo, por punto general, recomendable que los vestidos se distingan mas bien por su solidez que por su elegancia y riqueza.

Art. 9.° La Administracion toma nota de los efectos propios del pensionionista y los guarda, en estante especial, en la ropería, cifrándolos préviamente, si no lo están, á fin de que no puedan ser confundidos con los pertenecientes á otros individuos.

Art. 10. La Administracion advierte á los interesados en época oportuna de la necesidad de renovar el vestido de los pensionistas, ya sea por haber sido destruido por el uso el que llevaban, ya por exigirlo así el

cambio de estacion. Por si los interesados desean que la provision de vestido y calzado corra á cargo de la Administracion, pero á cuenta de ellos, el Establecimiento dispone de sastres, modistas y zapateros. Las facturas de estos son presentadas á los encargados del pago juntamente con la de la mensualidad inmediata correspondiente á la en que se ha hecho gasto.

Art. 11. La Administracion cuida de los remiendos de menor cuantía en el vestido, pero los mas importantes corren á cargo de los interesados.

Art. 12. Verificada la colocacion de un pensionista, prévias las formalidades antedichas, se procede á incluirle en el registro, tanto en el libro de Administracion como en el de Observacion clínica. En este último se inscriben, en una hoja impresa, los datos referentes á la edad, estado, procedencia, naturaleza, síntomas, causas y demás concernientes al conmemorativo del paciente. En lo sucesivo se anotan: el diagnóstico, los fenómenos que va presentando el enfermo, las medicaciones que se han empleado y los resultados obtenidos, llegando de esta suerte á formar una historia particular y eminentemente científica de cada pensionista. Este libro de observacion clínica, en que el apellido de los enfermos se oculta bajo una expresion anagramática, es objeto reservado en la Direccion del Manicomio y solo se pone de manifiesto á los profesores que las familias designan para consultar con los médicos del Establecimiento. Tambien, en su caso, puede ser examinado por la Autoridad competente.

III.

De las pensiones.

Art. 13. En el Manicomio *Nueva-Belen* hay tres clases de pensiones ordinarias y otra extraordinaria, ó de distinguidos.

En pension de *primera clase* se disfruta de un gabinete individual en la parte preferente de la casa, con salida á jardines ó á una galería. Las habitaciones de segunda clase son las que inmediatamente subsiguen á aquellas en comodidades y mueblaje, y las restantes, que son dormitorios colectivos para cuatro pensionistas y un criado, son las destinadas á los de tercera clase. Todas las habitaciones, empero, son higiénicas, espaciosas, cómodas, ampliamente ventiladas y profusamente alumbradas.

Art. 14. Reina en el Manicomio rigurosa separacion de sexos, de modo que, aun cuando hombres y mujeres viven bajo un mismo techo, no se aperciben de su proximidad y convivencia. Establécese además la correspondiente separacion entre los agitados y furiosos, con respecto á los tranquilos y convalecientes.

Art. 15. La alimentacion que la *Nueva-Belen* proporciona á sus albergados es siempre sana, agradable, abundante y nutritiva. A todos

los pensionistas se les da por la mañana chocolate, con ó sin leche, segun las prescripciones facultativas; almuerzo, consistente en la sopa, un plato de verdura, un plato fuerte y un postre, y comida de sopa de caldo, cocido, un guisado y un postre. A los de segunda clase se les mejora el almuerzo con un frito y un postre, y la comida con un asado y otro postre, y á los de primera se les añade en el almuerzo otro plato fuerte y otro postre, y en la comida otro guisado y otro postre.

Los de clase extraordinaria son tratados segun y conforme se conviene con sus encargados.

Art. 16. Cada clase de pensionistas come en un refectorio especial y con diferente vagilla. En cada mesa hay un presidente, que auxiliado por los criados, mantiene el órden y evita toda clase de excesos que puedan dañar á los comensales, al propio tiempo que inspecciona las cualidades de las sustancias alimenticias.

Art. 17. A ningun pensionista se le priva de todo ó de parte de la comida, á no mediar órden expresa de los Médicos, por juzgarlo estos conveniente para el tratamiento del enfermo. Segun las prescripciones de los facultativos, se establecen asímismo las variaciones precisas en el régimen alimenticio de cada uno de los pacientes, usando estos la comida que se conceptúa mas adecuada á su estado especial.

Art. 19. Los precios de las pensiones son:

En 1.ª clase.	36	duros	mensuales.
En 2.ª id.	25	»	»
En 3.ª id.	18	»	»

Distinguidos, teniendo un criado particular exclusivamente destinado al pensionista, 14 duros mas sobre los precedentes precios.

Pensiones extraordinarias á precios convencionales, préviamente estipulados con el Sr. Administrador.

Art. 20. Toda pension debe ser pagada por adelantado. Si durante el período correspondiente á una mensualidad comenzada tuviese lugar la salida del pensionista, el sobrante de la referida mensualidad queda á beneficio del Establecimiento.

Art. 24. Si quince dias antes de vencer un trimestre no se satisface el importe correspondiente, habiendo antes mediado tres avisos de la Tesorería anunciando el descubierto, el Establecimiento se reserva el derecho de despedir al pensionista, sin perjuicio de reclamar como convenga lo que se haya devengado. Del mismo modo se procede cuando los interesados no atienden á los avisos para la renovacion de los vestidos de uso particular de los albergados.

IV.

De las relaciones del Manicomio con las familias y de estas con los pensionistas.

Art. 22. A fin de que los interesados puedan conocer la marcha de la

enfermedad del pensionista que tienen colocado en la *Nueva-Belen*, la Direccion del Manicomio cuida, en la primera quincena de cada mes, de dar parte, á la persona préviamente indicada, del estado en que se ha presentado el enfermo en el decurso del mes anterior.

Art. 23. Por punto general, siendo uno de los objetos principales del Manicomio el aislamiento de los afectados de enajenacion mental, los pensionistas no tienen relaciones directas con sus deudos y parientes, pues de lo contrario se quebrantaria esta *dieta moral*, casi siempre tan provechosa para la curacion de las enfermedades frenopáticas. El Médico-Director, sin embargo, en vista del estado de los enfermos, prescribe el grado, modo y forma como en su caso deben establecerse estas relaciones.

Art. 24. Lo antedicho no es obstáculo para que en los dias de visita los interesados puedan ver á los respectivos pensionistas, aunque sin ser vistos por estos, á cuyo efecto el Manicomio tiene establecido lo conveniente.

Art. 25. Si á pesar de las prescripciones médicas referentes á la abstencion de relaciones de los enfermos, los interesados de estos se empeñan en faltar á aquellas indicaciones, permítense las visitas; pero en este caso la responsabilidad de los resultados adversos que despues de esto suelen observarse, no es del Establecimiento, sino de los que desoyen los consejos de la ciencia.

Art. 26. Las tardes de los domingos y miércoles están destinadas á la recepcion de los deudos y parientes de los señores pensionistas y á visitar el Establecimiento. En los restantes dias, para entrar en el Manicomio se necesita tarjeta especial. Sin embargo, los interesados en todo tiempo pueden dirigirse al Establecimiento para lo que pueda urgirles.

V.

De las certificaciones y de las consultas.

Art. 27. Las familias de los pensionistas tienen derecho á obtener certificaciones libradas por los médicos del Manicomio, del estado del respectivo paciente. Por este servicio se abonan: 80 reales si el pensionista es de tercera clase; 120 si es de segunda; 140 si es de primera, y 180 si pertenece á la clase distinguida.

Art. 26. Pueden asímismo los interesados provocar consultas sobre los pensionistas con otro ú otros profesores de su libre eleccion, además de los del Manicomio, los cuales deben precisamente asistir á estas juntas, devengando cada uno de los últimos, los siguientes honorarios: si el enfermo pertenece á la tercera clase, 100 reales; si á la segunda, 120; si á la primera, 140; y si á los distinguidos, 180.

Art. 29. Los honorarios de que hablan los artículos precedentes, se abonan en el acto; en caso contrario, se cargan en la cuenta de la mensualidad inmediata.

VI.

De la salida del Manicomio.

Art. 30. La salida del Manicomio tiene lugar en los siguientes casos:

1.° Cuando, á juicio de los médicos del Establecimiento, está terminada la curacion.

2.° Por disposicion de la Autoridad.

3.° Cuando los interesados lo estiman conveniente, esté ó no curado el pensionista.

Y 4.° Cuando durante un trimestre se ha omitido el pago de la pension.

Art. 31. Cuando terminada la curacion, el pensionista se halla en el caso de salir del Manicomio, la Direccion avisa oportunamente á los interesados. Si estos hacen caso omiso de este aviso á la segunda vez de repetido, el Establecimiento puede poner el pensionista á disposicion de la autoridad.

Art. 32. Si iniciada la declinacion de la enfermedad mental, los interesados quieren precozmente sacar del Manicomio al pensionista, el Médico-Director advierte los inconvenientes de esta salida prematura; si, no obstante este consejo, la cesacion del aislamiento tiene lugar, cesa por parte del Manicomio toda responsabilidad en los resultados adversos que tal vez, á consecuencia de esto, no tarden en tocarse.

Art. 33. Todo pensionista ó sus respectivos deudos, tienen derecho, al salir aquel curado del Manicomio, á que se les libre certificacion de este hecho, abonando para el caso los honorarios señalados en el artículo 27.

Art. 34. Durante el período de convalecencia, se permite á los pensionistas salir del Establecimiento y visitar las familias de los parientes ó conocidos que tal vez tengan en Barcelona, Gracia, Sarriá ó San Gervasio. En estas salidas van siempre acompañados de un criado del Manicomio.

VII.

De las funciones del Manicomio.

Art. 35. Los Médicos-Director, Velante y Consultor, son los encargados de establecer, de comun acuerdo, el tratamiento de los pensionistas. Este tratamiento es farmacológico, higiénico y psicológico. Para lo primero, dispone el Establecimiento de una botica bien provista de fármacos y útiles para el despacho de las medicinas. Para lo segundo, se cuenta con las excelentes disposiciones que ofrece el Manicomio referentes á su situacion, construccion, ventilacion, medios gimnásticos ó hidroterápicos, alimentos, aguas potables, jardines, campos, etc. El tratamiento

psicológico se realiza por medio del aislamiento, de los consejos, de las exhortaciones, del cariño, del trato afable, de la dulzura y del consuelo que á un tiempo prodigan los señores Médicos, el Capellan, las Religiosas de San Vicente de Paul y los mismos criados, á quienes todo acto ó palabra inconveniente les están severamente prohibidos.

Art. 36. Todos los pensionistas son diariamente visitados por el Médico residente. El Director los visita con la frecuencia que el caso exige y se celebran consultas siempre y cuando lo requiere el estado del paciente.

Art. 37. Uno ó mas practicantes con título, que viven en el Establecimiento, cuidan de la aplicacion de las medicaciones tópicas, de las curas, de la administracion de los medicamentos internos y de las atenciones de tocador, en el departamento de hombres. Estos últimos cuidados corren á cargo de las Religiosas de San Vicente de Paul en el departamento de señoras.

Art. 38. Para la limpieza y ventilacion de las habitaciones y demás cuidados domésticos, el Establecimiento tiene suficiente número de criados, cocineros y criadas; estas, en el departamento de señoras, auxilian á las Religiosas en el desempeño de sus quehaceres.

Art. 39. La distribucion del tiempo sufre variaciones adecuadas á los cambios de las estaciones:

Desde 1.° de Octubre á 31 de Marzo, levántanse los pensionistas á las siete, reciben la visita del Médico, lávanse y aséanse y pasan á tomar el desayuno; inmediatamente oyen misa en la Capilla del Manicomio aquellos á quienes les son permitidas las prácticas devotas, y pasean luego por los jardines hasta las nueve, en que se recojen en el salon de lectura ó van á ejercitarse en el Gimnasio. A las diez y media almuerzan, pasando despues á los jardines, si el tiempo es bonancible, y en dias tempestuosos al salon de recreo, en donde se dedican á la conversacion y á los juegos de billar, damas, dominó, etc., segun sus gustos y aficiones. A las dos vuelven al Gimnasio, en donde permanecen hasta las cuatro, hora en que se retiran á sus respectivos gabinetes, para recibir la segunda visita del Médico. A las cinco concurren á la Capilla, para rezar el santo Rosario, y á las cinco y media van al réfectorio, para la comida. A las seis y media vuelven al salon de recreo y á las nueve y media se acuestan.

Desde el 1.° de Abril hasta el 30 de Setiembre, levántanse á las seis, reciben á continuacion la primera visita del Médico, lávanse, aséanse y oyen misa; despues toman el desayuno y pasan á los jardines, hasta las ocho y media, en que van al Gimnasio. A las diez y media almuerzan, pasando luego al salon de recreo, hasta las cuatro, en que van á sus gabinetes, para recibir la otra visita del Médico. A las cinco concurren á la capilla, para rezar el Rosario, y comen á las cinco y media. A las seis y media vuelven á los jardines y á las ocho pasan otra vez al Gimnasio, y á las diez se acuestan.

Art. 40. En el departamento de hombres, se dispondrá en breve de un taller de artes y oficios, para que puedan dedicarse á trabajos manua-

les aquellos pensionistas que tengan algun oficio mecánico, y á las bellas artes los que tengan aficion y conocimientos artísticos.

En el departamento de mujeres hay un salon de labores, para dedicar á ellas á las señoras á quienes convenga esta clase de ocupacion.

El Manicomio tiene además un buen piano, para el uso de los pensionistas á quienes puedan ser útiles las suaves emociones de la música.

Art. 41. Cuando el estado mental de los pensionistas lo consiente, se les permite mantener correspondencia escrita con sus parientes y amigos. En determinadas ocasiones, las cartas de los interesados constituyen un recurso moral precioso, que la Direccion médica utiliza poniéndose de acuerdo con aquellos, por lo cual es, en general, conveniente que estos consulten al Médico-Director acerca el sentido en que debe estar concebida la mentada correspondencia.

VIII.

De las relaciones de la Direccion, Administracion y Tesorería del Manicomio con los encargados de los pensionistas.

Art. 42. Cualquier duda ó dificultad que ocurra respecto á la interpretacion y aplicacion de los artículos de este Reglamento, se puede solventar dirigiéndose bien sea personalmente ó por escrito, los interesados al Médico-Director, Cármen, 34 1.º;—al Director-económico, Planeta, 2, 1.º (Gracia);—ó al Tesorero, Mercaders, 32, 2.º, segun la índole de la cuestion que se suscite.

Art. 43. Además de las noticias que acerca el estado de los pensionistas pueden proporcionarse los interesados en el Manicomio, pueden adquirirlas en el domicilio del Médico-Director, Dr. D. Juan Giné.

Desde que concebimos el plan de esta obra, acariciamos la idea de dedicar un capítulo especial á la descripcion de los manicomios de España. Al efecto acudimos á los centros administrativos, en demanda de datos estadísticos y otras noticias referentes á este ramo, y nos dirigimos á algunos de nuestros colegas solicitando nos favoreciesen con una reseña del establecimiento de su respectiva direccion y cargo. Contra todo lo que podíamos esperar, nos hemos encontrado con que, hasta la fecha en que se escribe esta nota—1.º de Julio de 1876—no ha llegado á nuestro poder ninguno de los datos reclamados para redactar el mencionado capítulo; razon por la cual, al presente, nos vemos privados de ocuparnos en este asunto. Esto nos sugiere el propósito de visitar personalmente los manicomios de España, y segun estas impresiones, redactar un trabajo especial, que á su tiempo publicaremos.

CAPÍTULO XX.

DE LAS ENFERMEDADES INTERCURRENTES DE LOS ALIENADOS.

Todos los frenópatas han observado que las enfermedades comunes, ó intercurrentes, ofrecen importantes diferencias en los alienados. Dada la profunda perturbacion que sufren los centros nerviosos, no es de admirar que las reacciones orgánicas que expresan los daños patológicos, se aparten de las condiciones que se presentan mientras se conserva la integridad de aquellos. No es raro que al iniciarse la locura, cese del todo ó suspenda su marcha una enfermedad que desde largo tiempo aquejaba al individuo. Hasta el vulgo sabe que los orates gozan de cierta inmunidad para las influencias epidémicas y contagiosas, y ha llegado á ser proverbial la poca mella que en ellos hacen las bajas temperaturas (1). Podria suponerse, en vista de que no son infrecuentes los casos de longevidad en algunos manicomios, que la alienacion mental preserva de ciertas influencias morbosas que conducen á una muerte mas ó menos precoz en las personas dotadas de razon; pero en este punto es preciso no perder de vista los cuidados mas ó menos asíduos é inteligentes que prodiga el asilo; siendo cosa que honra mucho á este el que albergue gran número de orates ancianos. La longevidad de los dementes está en razon compuesta de la higiene del establecimiento; lo cual equivale á

(1) Nuestro aforístico dialéctico tiene el siguiente proverbio: *Qui no te seny no te frat*, quien no tiene juicio no tiene frio—con el que se expresa que los niños, así como los locos, no suelen sentirse molestados por el frio.

decir, que la tan decantada preservacion por antagonismo morboso, no tanto depende de la enfermedad mental, como de las condiciones cósmicas en que se halla constituido el alienado.

Debe el clínico empeñarse en dilucidar la parte que en las enfermedades intercurrentes de los alienados atañe á la patogenia de la afeccion mental, de la influencia que esta ejerce en los síntomas de aquella. Desde este punto surge una de las primeras dificultades clínicas, y quedan desde luego planteados los siguientes problemas, cuya solucion es de interés inmediato: 1.° La enfermedad física, ¿antecede, á título de agente patogenético, al trastorno mental? 2.° ¿Se añade á esta como una complicacion? 3.° ¿Existe entre ambos estados morbosos una mera concomitancia? A ningun práctico se le ocultan los alcances semióticos y terapéuticos de estas nociones, y todos, por consiguiente, comprenden su trascendental importancia.

Tratando, pues, de exponer sumariamente las particularidades de los diversos estados morbosos intercurrentes que pueden observarse en el curso de las enfermedades mentales, hablaremos: 1.°, de las hematopatías, ó enfermedades dependientes de trastornos en la composicion de la sangre; 2.°, de las que resultan de la infeccion palúdica ó miasmática; 3.°, de las encefálicas distintas de las vesanias; 4.°, de las que corresponden á los órganos respiratorios; 5.°, de las del tubo digestivo y aparato biliar; 6.°, de las de los órganos genito-urinarios; 7.°, de las dermatosis y 8.°, de las causadas por entozoarios.

Hepatopatías, ó enfermedades dependientes de alteraciones en la composicion de la sangre. Cuando el régimen del manicomio en nada se distinguia del régimen carcelario, de modo que el orate, privado de aire y de luz, falto de limpieza, desabrigado, yaciendo en la paja y recibiendo una alimentacion insuficiente y averiada, sufria las trascendencias del trastorno de la innervacion cerebral sobre los fenómenos de la vida plástica, el *escorbuto* era una verdadera plaga en las casas de orates. En tiempo de Esquirol, esta enfermedad y la gangrena, que es su consecuencia, causaban la muerte de gran número de melancólicos: entre 176 defunciones de alienados de esta clase, contábanse 26 que debian su fatal término al escorbuto. En el dia, gracias á las grandes reformas de que la Higiene ha hecho objeto á los asilos frenopáticos, esta disémia es sumamente rara y presenta cierta benignidad que la distingue de las formas graves que se observan en los casos epidémicos. Algunas sufusiones violáceas, manchas equi-

móticas y petequias en los miembros inferiores, diarrea serosa ó sanguinolenta, edemas, infiltracion de los párpados y mejillas, dolores epigástricos, acorchamiento, en vez de sanguinolencia, de las encías, síncopes, atonía muscular y pequeñez del pulso, tales son los síntomas que indican el estado de putridez escorbútica en la alienacion mental. Nosotros hemos observado un solo caso de esta complicacion, en un melancólico, afectado de sitofobia parcial, que rehusaba todo género de alimentos, excepto el pan. La ingestion forzada de caldo, leche y vino de quina ferruginosa, lograron corregir en pocos dias estos accidentes. Por lo demás, en opinion de Calmeil, la alienacion mental no tiene influencia específica en la produccion del escorbuto; todo depende de la oposicion á tomar alimentos, á abrigarse y á sustraerse al frio y la suciedad, que es propia de ciertos delirios maniacos y particularmente melancólicos. Cuando no hay esta causa, el escorbuto acusa vicios de higiene en el asilo.

Algo grave debe ocurrir en la sangre de algunos maniacos, melancólicos, dementes y afectados de parálisis general, que dé lugar á la múltiple y repetida aparicion de *abscesos gangrenosos*, *escaras* y *úlceras* en diferentes partes del cuerpo y en particular en las mas declives y aun en el seno de los parénquimas viscerales. En un loco paralítico, llegado al tercer período de su grave enfermedad, cuya historia expondremos mas adelante, por el simple roce de la correa muslera de un braguero inguinal, vimos formarse un absceso gangrenoso en la íngle, que llegó á disecar los músculos de esta region; en otro sugeto afectado de la misma enfermedad, que hoy dia tenemos á nuestra observacion, en el decurso de un violento ataque de hiperemia cerebral, aparecieron dos enormes úlceras gangrenosas en las piernas, cuya restauracion se inició y siguió su curso regular, desde el momento en que fueron dominados los graves síntomas cerebrales; hecho que prueba que, en estos casos, el trastorno encefálico ejerce suma influencia directa en los actos tróficos del órden patológico que aparecen en los órganos periféricos.

La *hidroemia* ó *hipoglobúlia* es uno de los trastornos hemáticos que mas frecuentemente se observan en las enfermedades mentales; raros son los melancólicos y los maniacos sitofóbicos que, por la accion combinada del trastorno cerebral y de los efectos del delirio de oposicion, no presenten síntomas evidentes de empobrecimiento de la sangre: de ahí la palidez de las mucosas y de la piel, la frialdad de las extremidades, la apatía del sistema muscular, los espasmos y las neuralgias vagas y fugaces que se

observan en estos enfermos. Las mujeres, además, se hacen amenorréicas ó dismenorréicas.

Aparte de esta *anemia* ó *cloro-anemia secundaria*, existe una *hipoglobúlia primitiva*, que da lugar á la locura por *anemia*, magistralmente descrita por el Dr. A. Voisin en sus *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, recientemente explicadas en la Salitrería. Esta forma mental, que, en sentir del autor, es por lo menos tan frecuente como la locura congestiva, se observa sobre todo en el sexo femenino y particularmente en las jóvenes. La anemia que la sostiene puede ser primitiva, como la que sobreviene á consecuencia de aflicciones y disgustos, de una alimentacion insuficiente, de excesos del trabajo, etc., y secundaria ó consecutiva á una enfermedad general, como la convalecencia de una afeccion aguda ó crónica, ó producida por una diátesis cancerosa, tuberculosa, etc. Obsérvanse en esta forma de locura muchos de los síntomas de la cloro-anemia, tales como palidez de las mucosas, soplos vasculares, un estado nervioso caracterizado por melancolía, versatilidad del carácter, dolores neurálgicos, modificaciones del ritmo cardiaco, dispepsias, gastralgia, constipacion, dismenorrea, leucorrea, etc.

La locura por anemia puede presentar dos variedades: la *melancólica*, ó con síntomas de depresion, y la *maniaca* ó agitada. En la primera tenemos los síntomas de la melancolía con estupor, que describiremos mas adelante, y en la segunda, mucho menos frecuente, se observa una agitacion maniaca que se caracteriza por la inocuidad de las palabras y acciones: si el enfermo profiere una injuria, esta no es grave; si pega, no hace daño; se solaza en la zumba, y muestra gran movilidad en sus alucinaciones; es, como dice M. Voisin, una locura cuyo orígen primordial no está en el ejercicio involuntario y desordenado de la imaginacion y de la memoria, sino mas bien en la sobrexcitacion de los sentidos especiales y de la sensibilidad general.

Enfermedades resultantes de la infeccion palúdica ó miasmática.—Sydenham, segun hemos dicho y repetido, ha sido el primero que ha hecho notar que la alienacion mental puede reconocer su orígen patogénico en la *intoxicacion palúdica*; hoy dia el hecho está fuera de duda, y en ciertos casos, la forma difusa del delirio, acompañado de depresion melancólica ó de estupor, se explica por la superabundancia de granulaciones pigmentarias en la sangre, las cuales al difundirse por las mas finas ramificaciones de los capilares del cerebro, determinan una isquemia general ó difusa. Aparte de esta consideracion, el impaludismo no

ofrece otra particularidad digna de notarse en los alienados; quienes, como las personas cuerdas, resienten mas ó menos la influencia de la malaria, segun sea mayor ó menor la insalubridad del ambiente. Cuando *Nueva-Belen* radicaba en las quintas de Vallcarca, al llegar el otoño, nos veíamos obligados á ordenar la evacuacion de un algibe contiguo al departamento de mujeres, pues de lo contrario, menudeaban entre estas las calenturas intermitentes, especialmente las de tipo cuartanario. En dos melancólicas, pudimos observar, como Guislain, que al curarse la fiebre intermitente, á beneficio del sulfato de quinina, se pronunciaba la convalecencia de la vesania. Actualmente, desde que nuestro manicomio está situado en la salubre colina del *Tibidabo*, no hemos tenido ocasion de ver ni un solo caso de fiebre palúdica; en cambio, sabemos que en otro asilo no lejano de *Nueva-Belen*, entre cuyos *adornos* cuenta una acequia de poca corriente, que atraviesa el terreno en sentido longitudinal, las intermitentes reinan con todos los caractéres de la endemicidad.

No falta quien ha afirmado que los locos se hallan preservados de las *enfermedades epidémicas*. «En 1832, dice el Dr. Calmeil, en el momento en que el cólera asiático hacia su irrupcion en Paris, se preguntaba si los asilos de alienados estarian ó no preservados de este terrible azote. El cólera no tardó en causar víctimas en Bicetre y entre las mujeres de la Salitrería. Solo murió un enfermo en Charenton, por mas que el edificio no estuviese entonces contruido como lo fué despues; pero la colerina alcanzó en este establecimiento proporciones alarmantes y el personal del servicio médico tenia sus dificultades para dar socorro á los alienados del uno y del otro sexo, que de repente se vieron, por decirlo así, inundados por la abundancia de sus deyecciones alvinas; sin embargo, estas colerinas desaparecian rápidamente.» En 1849, las mujeres de Charenton resultaron completamente inmunes; pero murieron algunos hombres paralíticos y otros afectados de demencia crónica. Lo contrario sucedió en 1854, pues entonces fueron casi por completo respetados los hombres alienados de Charenton y, en cambio, la seccion de mujeres ofreció 11 defunciones en 10 dias.

De estos datos se colije, que la locura por sí misma no preserva de las enfermedades epidémicas y que los hechos de inmunidad que se citan, encuentran natural explicacion en el mismo aislamiento de los enfermos, en su relativa tranquilidad de ánimo, etc.

Enfermedades encéfalo-raquídeas distintas de las vesanias.—Las lesiones cerebrales propias de la locura, son por sí mismas una predisposicion inmediata para que en este órgano se efectúen otros procesos morbosos, de carácter congestivo, hemorrágico ó flogístico. Las *congestiones cerebrales*, ó mejor los ataques congestivos, que suelen anunciarse por somnolencia y pesadez de los movimientos, no acostumbran á ser de grande intensidad; pero no es raro que, pasando ciertos límites, determinen la hemorragia cerebral. Este accidente muy comun, y por decirlo así, característico de la locura paralítica—véase mas adelante—frecuentemente reconoce su causa determinante en un trastorno de la digestion, circunstancia que debe tenerse en cuenta para obligar á un régimen alimenticio adecuado á esta clase de alienados, quienes, por otra parte, se hallan expuestos á congestiones de la region del bulbo y protuberancia, que se manifiestan por ataques epilécticos frecuentemente mortales.

Las *hemorragias cerebrales*, mono ó polifocales, se observan frecuentemente en las vesanias; pero entre estas, la demencia es la que ofrece mayor número de casos de esta complicacion. Los síntomas desde este proceso patológico, serán diferentes segun el sitio, extension y número de los focos hemorrágicos. No es raro que la hemorragia *encefálica* determine la muerte del alienado; pero las autopsias manifiestan que las mas se verifican en el cerebelo ó en la protuberancia, son las que mas exponen á una terminacion súbita. En los alienados que sobreviven á los ataques apopléticos, el foco hemorrágico se reabsorbe lentamente y á proporcion se restablecen los movimientos y la sensibilidad; no obstante, la mayor parte de estos enfermos conservan indefinidamente una hemiplegia mas ó menos graduada, que atestigua permanentemente los estragos del derrame cerebral.

La *encefalitis intersticial* intercurrente de los alienados, puede ser aguda y crónica. Si bien no es infrecuente que la primera se extienda á todo un lóbulo del cerebro, lo mas comun es que se circunscriba á una circunvolucion, á uno de los cuerpos estriados ó á uno de los tálamos ópticos. Este accidente es muy comun en los que han sufrido otros ataques análogos en épocas anteriores y frecuentemente subsigue á la erisipela de la cara y á las supuraciones del conducto auricular. Cuando la flegmasía cerebral es muy aguda y marcha rápidamente á la supuracion, inicia sus manifestaciones por un estado comatoso y parálisis musculares que tienden á localizarse.

Cuando la encefalitis intersticial aguda no tiende á la supu-

racion, en vez de coma y parálisis, se presentan fenómenos hiperfrénicos.

La *encefalitis crónica intersticial*, es una de las alteraciones mas constantes y características de las enfermedades mentales; pero podrá reputarse intercurrente esta flegmasía, esto es, añadida á la lesion anatómica propia de la vesania, cuando aparezcan los síntomas de obliteracion y decaimiento de las facultades intelectuales en sugetos que desde el principio de la enfermedad ofrecian únicamente diferentes anomalías de la inteligencia. En semejantes casos, el alienado acusa dolores en diferentes partes del cuerpo, que atribuye á la perversidad de sus enemigos, ó quizás se observa una parálisis mas ó menos pronunciada de alguno de los miembros, etc.; fenómenos todos que anuncian la destruccion de uno ó mas núcleos cerebrales que presiden á la sensibilidad ó al movimiento voluntario de determinadas regiones.

Tampoco es rara la mielitis en el decurso de la alienacion mental; Pinel, Rostan, Roger, Collard y Calmeil han recogido diferentes casos de esta complicacion, que, cuando se presenta en dementes paralíticos ya privados de movimiento y expresion, es de diagnóstico sumamente difícil.

Enfermedades del aparato respiratorio.—Entre las enfermedades y accidentes comprendidos en este grupo, deben figurar en primer término las *asfixias accidentales*, frecuentemente ocasionadas á un término funesto en los afectados de locura paralítica ó epiléctica. Este accidente se presenta en el acto de ingerir los alimentos, y es debido á la anestesia de la mucosa de las fauces y á la parálisis de los músculos faríngeos. Segun Calmeil, la asfixia de los locos paralíticos puede tener lugar de tres maneras distintas: 1.°, porque el alienado acumula grande cantidad de alimentos pastosos en el istmo de las fauces; 2.°, por la penetracion en la cavidad laríngea de un pedazo de carne ó de tendon y 3.°, por insinuarse en las vias aéreas, á lo largo de la laringe y tráquea hasta las primeras ramificaciones bronquiales, alguna sustancia líquida. Lo importante es estar prevenido respecto á la posibilidad de estas contingencias, para ofrecer á estos enfermos manjares convenientemente triturados, medianamente densos y poco glutinosos, y para hallarse preparado á darles oportuno y rápido auxilio, que puede salvarles de una muerte repentina, en caso de que no se haya podido precaver del accidente.

La *pneumonía*, en sentir de M. Thore, es la enfermedad intercurrente que con mayor frecuencia se observa en los aliena-

dos, y es asimismo la que mas aumenta el contingente de mortalidad en los manicomios. Computando diferentes estadísticas de diversos manicomios, resulta que, por cada 100 defunciones en los albergados en distintos asilos frenopáticos, hay 22 debidas á la pulmonía.

Esta enfermedad puede presentar un carácter franco y desplegado, con los síntomas de tos, disnea, fiebre, expectoracion y estertores que le son propios; pero, por lo comun, en los alienados se ofrece con un aspecto larvado, que obliga á estar muy prevenidos para poderla diagnosticar. En este último caso, el enfermo sigue hablando, andando y corriendo como de ordinario; no tiene tos y solo presenta como fenómeno ostensible una disnea mas ó menos graduada. Cuando tal acontezca, debemos apresurarnos á auscultar el pulmon, á observar los esputos y á tentar el pulso: percibiremos el estertor crepitante, veremos la espectoracion herrumbrosa y tal vez apreciaremos considerable frecuencia de pulso que corresponde á una notable elevacion de la temperatura. Algunas veces faltan por completo los síntomas pneumónicos y solo la inspeccion cadavérica pone de manifiesto las importantes lesiones de los órganos respiratorios.

Lo que decimos de la peneumonía es hasta cierto punto aplicable á la *tísis;* como enfermedad intercurrente en los alienados: tambien sus síntomas son oscuros y, por consiguiente, difícil su diagnóstico. La tísis no deja de ser frecuente en los locos: el promedio de diferentes estadíscas, da por cada 100 defunciones, 15 debidas á la tuberculosis pulmonal. En concepto de Georget, jamás presenta una marcha aguda, sino, al contrario, un desarrollo lentísimo y una evolucion latente: no se ven indicios de irritacion pulmonal; el enfermo ni tose, ni espectora, pues deglute los esputos, pero enflaquece gradualmente, tiene diarrea consecutiva y muere despues de largo tiempo. Difícil es determinar si en estos casos los tubérculos prexistian á la vesania ó se han desarrollado en el decurso de la misma; pero de la lenta progresion y escasa intensidad de los síntomas que en tales circunstancias se observa, es lícito colegir que la alienacion mental ejerce una influencia retardatriz en la marcha de la tísis.

La misma insidiosidad de las enfermedades del pulmon se repite en las de las *pleuras*. No es raro que los alienados se quejen de un dolor de costado que pone al práctico en camino de diagnóstico una pleuresía aguda, con todo el cortejo habitual de síntomas; pero, en ciertos estados mentales, la serosa pulmonal se inflama sin que el enfermo manifieste el menor trastorno en sus funcio-

nes respiratorias, y solo un atento exámen estetoscópico y pleximétrico permite descubrir la presencia de esta importante flegmasía. ¡Cuántas veces las autopsias de los alienados han puesto de manifiesto adherencias, bridas, pseudo membranas, derrames y quistes purulentos de las paredes torácicas, como vestigios de una pleuritis que no presentó síntoma alguno! Poco, pues, tenemos que añadir en este punto que no sea repetir lo expuesto respecto de la pulmonía y de la tísis como enfermedad intercurrente en los alienados; solo importa tener en cuenta que, segun ha observado Calmeil, en ciertas épocas se nota que la perienceflitis de formas insidiosas ó el delirio agudo, que frecuentemente se confunde con la manía—véase mas adelante—se agrava por el estado inflamatorio de las pleuras.

No se ha hecho un estudio especial de las *pericarditis* en los alienados; solo sabemos que esta enfermedad es en ellos mucho mas frecuente en su forma crónica que en la aguda, y que, por lo comun despliega síntomas muy poco pronunciados, siendo, por lo tanto, difícil de diagnosticar.

Tratándose de las *enfermedades cardiacas* de los alienados, conviene establecer una distincion entre las lesiones del corazon y de las arterias que son causa primera del trastorno mental, dando orígen á la *locura por ateroma arterial* recientemente descrita por M. Voisin, en sus *Lecciones clínicas* de la Salitrería y de que mas adelante nos ocuparemos y las que vienen á complicar la marcha de la vesania. Estas últimas, únicas á que nos referimos en este momento, son poco frecuentes y por lo comun de difícil diagnóstico, no siendo raro que la autopsia sea el primer testimonio de estas lesiones M. Thore, en 50 autopsias de alienados, ha encontrado 10 veces la hipertrofia general del corazon y cinco la misma lesion limitada al ventrículo izquierdo: Bayle ha visto la hipertrofia del ventrículo izquiezdo en un sexto de los alienados, á quienes ha practicado la necropsia, y el Dr Calmeil en tres casos de muerte súbita, perforaciones de dicha cavidad, con derrame de sangre en el saco pericardiaco.

Enfermedades del tubo digestivo.—La mucosa gástrica se afecta frecuentemente de flegmasía crónica en ciertos alienados, á causa de las anomalías que la enfermedad mental induce en el régimen alimenticio. Los melancólicos que rehusan tomar alimentos y bebidas, cuyo aliento es fétido y repugnante; los monomaniacos dominados por apetitos caprichosos, que ingieren toda clase de inmundicias, virutas, basura, alimentos podridos, excrementos, etc.; y por fin, los maniacos con delirio, son los

alienados en quienes con mayor frecuencia se observa la gastritis crónica; lesion que se pone de manifiesto por los conatos al vómito, la sed, las muestras de dolor que ocasiona la compresion del epigastrio con la mano y la rubicundez y sequedad de la lengua. En tales casos, no debemos obstinarnos en vencer la sitofobia por la alimentacion forzada, sino mas bien dedicarnos á combatir la flegmasía gástrica que tal vez es causa de la anorexia.

Las mentadas anomalías de la alimentacion inducen trastornos no menos importantes en la via intestinal. La *enteritis* en los alienados, no propende á pasar al estado crónico, sino, antes al contrario, se resuelve fácilmente; pero, como el enfermo vuelve á los anteriores desvíos del régimen que causaron la flegmasía intestinal, esta reaparece con pertinaz insistencia, por poco que se descuide la vigilancia. De ahí que las ulceraciones intestinales sean tan frecuentes en los locos, que en concepto de Calmeil, cada 100 autopsias, á lo menos en 50 se encuentra la referida lesion.

Hoy dia, que está bien definido el valor clínico de la *fiebre tifoidea* y sus relaciones con la enteritis foliculosa, se ha podido afirmar á la luz de la Estadística, que en los locos es rara la fiebre tifoidea; pues no deben reputarse tales muchos estados febriles en que las encías y la lengua se ponen lentorosas y que comunmente coinciden con el período inicial de las vesanias, y en que, para mayores analogías, aparece tal vez algun desórden convulsivo, que puede hacer creer en la ataxia.

Por haber dado sobrado valor á estas apariencias y por carecer en su tiempo de los importantes datos clínicos de la temperatura, Pinel, Esquirol, Prost y Georget afirmaron que la fiebre tifoidea no dejaba de observarse frecuentemente en los alienados. En la actualidad, y en concepto de Calmeil, si alguna vez se observa la verdadera tifoidea en un alienado, trátase siempre de un caso en que el trastorno mental se halla subordinado ó es puramente sintomático de la dotinentería.

Las *neoplasias del tubo digestivo*—cáncer, fibroma, etc.,—no dejan de observarse con bastante frecuencia en los alienados; pero los autores no indican que estas afecciones ofrezcan cosa particular en sus síntomas, ni dan cuenta de sus relaciones patogenéticas con la enfermedad mental.

Sin dar á las *afecciones del hígado* la importancia patogenética que los antiguos las atribuyeron en relacion con las enfermedades mentales, no puede negarse que los infartos hepáticos, la esteatosis de esta glándula, la obliteracion de la vejiga biliar

por materias calculosas, el cáncer encefaloides, etc., son bastante frecuentes en los alienados, presentando, como las enfermedades de los órganos torácicos, la particularidad de manifestarse por síntomas muy remisos, sucediendo, por lo tanto, que en muchos casos, hasta que se ha practicado la autopsia, no se ha tenido nocion de la existencia de tales trastornos.

La perítonitis aguda espontánea y primitiva, en sentir de los señores Thore y Calmeil, debe ser bastante rara; pues en la mayoría de los casos en que se ha observado la flegmasía de la serosa abdominal, fué ocasionada por perforaciones intestinales resultantes de estados ulcerativos.

Enfermedades de los órganos génito-urinarios.—En concepto de Charcellay, no deja de observarse con alguna frecuencia en los alienados la *nefritis albuminosa*, y probablemente es aun en ellos mas comun la *nefritis catarral*. La tenacidad con que algunos maniacos dominados por extraño delirio se empeñan en retenerse la orina, es causa de que se vea en ellos con bastante frecuencia la *cistitis*. Entre 100 autopsias, el Dr. Calmeil ha encontrado 7 veces la mucosa vesical apizarrada, engrosada y endurecida.

Por lo menos un tercio de las mujeres alienadas se hacen *amenorréicas* desde el principio de la enfermedad mental y si bien algunas son al propio tiempo cloróticas, en la mayoría el trastorno menstrual no está ligado á la hidrohemia. Por lo cocomun, cuando reaparece la razon, se restablece el flujo catamenial; mas en aquellos casos en que la locura pasa al estado crónico, se observa tambien el retorno de los ménstruos, sin determinar mejoría sensible en el estado mental.

Por punto general, las mujeres afectadas de delirios eróticos padecen *flegmasías uterinas* de carácter crónico y ulceraciones de la porcion cervical. En las locas ancianas, son muy comunes los descensos y *retroversiones de la matriz*.

Los *genitales masculinos* no ofrecen enfermedades especiales en los alienados; solo merece especial cuidado los que pueden resultar de las violencias causadas por la masturbacion ó por la introduccion de *cuerpos extraños en la uretra*. Nosotros hemos visto un caso de muerte por la penetracion de una aguja de hacer calceta en la vejiga.

Dermatosis.—Las afecciones de la piel son á veces en los alienados expresion de un profundo trastorno de la innervacion central, y aun cuando pocas veces merezcan la recomendacion de fenómenos críticos, es indudable que suelen estar enlazadas

con las lesiones determinantes de la locura. Tal es el valor clínico de las erupciones forunculosas, acnéicas, ectimatosas y eczematosas que algunas veces aparecen en el curso de las enfermedades mentales.

La *pelagra* es, entre todas las dermatosis, la que mas frecuentemente acompaña á los trastornos mentales; pero, en este caso, el exantema no es un accidente, sino uno de los síntomas de una entidad nosológica bien determinada, y en que en otro lugar describiremos.

Entozoarios.—No hace aun muchos años que los manígrafos afirmaban que la *helmintiasis lumbricoide* era muy frecuente en los alienados; hoy dia esta complicacion es rara en nuestros asilos. Esto se debe á las grandes reformas que se han operado higienizando el régimen, sustrayendo á los orates á la uniformidad de una alimentacion constantemente feculenta, y proporcionándoles cantidad conveniente de principios animalizados.

A igual influencia se debe indudablemente atribuir la poca frecuencia con que hoy dia se observa el botricocéfalo, que antiguamente era bastante comun en los alienados; añadiendo algunos médicos que se solía observar la curacion de la locura en pos de la expulsion del helminto.

El *cisticerco*, cuya genealogía y desarrollo en el organismo humano conocemos, se ha encontrado algunas veces, ya en las anfractuosidades de las circunvoluciones, ya en el espesor de la sustancia cerebral, en sugetos epilépticos, dementes ó afectados de delirios vagos, y debe entrar entre las influencias patogenéticas de la alienacion mental.

PARTE SEGUNDA.

FRENO-PATOLOGÍA ESPECIAL Ó ESTUDIO DE LAS FORMAS DE LA ALIENACION MENTAL.

CAPÍTULO XXI.

La considerable extension que hemos dado á las cuestiones tratadas en la *Patología general de las enfermedades mentales*, va á proporcionarnos la ventaja de poder circunscribir los capítulos concernientes á esta segunda parte, á las nociones etiológicas, nosológicas y terapéuticas especiales de los diferentes órdenes, géneros y especies de afecciones comprendidas en nuestra clasificacion, á la cual en este momento creemos del caso remitir al lector, página 242.

ÓRDEN 1.°

LOCURAS.

Caractéres del grupo.—Estado emocional dominante.—Sin decadencia ni pérdida de facultades mentales.—Exageracion, depresion ó desórden frenopáticos.—Primitivas como vesanias, pero susceptibles de pasar al estado crónico ó de demencia.—Curables, mientras no haya demencia.—Lesiones cerebrales de carácter vascular.—GÉNEROS: 1.°, manía; 2.°, melancolía; 3.°, monomanía; 4.°, éxtasis, y 5.°, locuras patogenéticas.

Género 1.°—*Manía.*

Etiología y *sinominia.*—La *manía*—palabra griega, derivada de μηνις—*furor* ó *cólera*—ó de μανα ó μηνγ—luna— y mas probablemente de μαίνομαι—*yo delirio*,—ha recibido los nombres de *hiperfrenia*—Guislain—*hiperkinesis*—Bergmann—*vecordia maniaca, insania universal* y *polimanía.*

Definicion.—Prescindiendo de discutir el valor de las diferentes definiciones que se han dado, diremos que la manía es una *vesania caracterizada por una sobrexcitacion de todas las facul-*

tades psíquicas, pudiendo, empero, en medio de esta exaltacion general, predominar las intelectuales, las afectivas, ó las *velitinas*.

Etiología.—La manía es la forma mas frecuente de la locura, en términos que las estadísticas mas recientes demuestran que los maniacos forman la quinta parte de la poblacion de los manicomios.

La primavera y el verano son las *estaciones* mas propicias para el desarrollo de esta enfermedad; parece, sin embargo, que los fuertes frios de Diciembre y Enero ejercen una influencia comparable á la de los ardores caniculares.

La juventud y la virilidad—de veinte á treinta y cinco años—son las *edades* en que mas comunmente se observa la manía; es muy rara antes de los veinte años y su frecuencia va decreciendo de los treinta y cinco á los cincuenta.

En las poblaciones rurales, el *sexo* masculino aparece mas predispuesto que el femenino y lo contrario se observa en los grandes centros urbanos; hecho que explica la diferencia de resultados á que han llegado, por un lado, Esquirol y Calmeil, quienes, consultando las estadísticas de Charenton, en donde se admiten alienados de todos los paises, han hallado que la manía es mas frecuente en el hombre que en la mujer, mientras que, por otro lado Marcé, refiriéndose á los datos de Bicetre y de la Salitrería, en donde solo se albergan orates del departamento del Sena, ha encontrado invertida esta proporcion. Hoy dia, sin embargo, gracias á la frecuencia de la parálisis general en el sexo masculino, esta desproporcion es menos acentuada que en los tiempos de Esquirol.

El influjo *hereditario* es, sin duda, la predisposicion individual que mas frecuentemente aparece en la manía. Segun las recientes investigaciones de Grainger Aeward, entre 100 maniacos, hay 51 en quienes se descubre la influencia hereditaria.

Ciertos *vicios de conformacion* del cráneo y algunas *enfermedades constitucionales* han sido tambien señaladas por algunos autores entre las causas predisponentes de la manía; pero, hasta el presente, no hay suficientes datos para aceptar esta opinion. En cambio, no puede negarse que la epilepsia, el histerismo y la corea conducen frecuentemente á la manía, y hasta no falta quien sostiene que esta no es mas que una trasformacion de aquellas neurosis. Está asímismo probado que diferentes enfermedades del hígado y del tubo digestivo, los vermes intestinales, las afecciones de los pulmones y corazon obran poderosamente,

en varios casos, para dar lugar al desarrollo de manías deuteropáticas.

Estudiando el influjo etiológico de las *profesiones*, las colecciones estadísticas no demuestran sino que, en un dado país, la manía es mas frecuente entre los individuos de la profesion que mas abunda; parece, sin embargo, que los militares dan crecido contingente de esta clase de enfermos, efecto de la intemperancia en tiempo de paz, y de las fuertes emociones y duras privaciones durante las guerras.

Las *grandes ciudades*, en donde el libertinaje, los excesos venéreos, los abusos alcohólicos y las pasiones mas vivas dejan sentir poderosamente su influjo, la manía es mas comun que en las aldeas; pero esto, como lo hemos demostrado en otro lugar, no debe achacarse á los efectos de la civilizacion, sino á condiciones diametralmente opuestas á las tendencias de esta.

Sin negar que un *trabajo mental* llevado hasta la fatiga del cerebro, pueda favorecer el desarrollo de la manía, la experiencia enseña que, en este concepto, ejercen mucho mayor influjo las penas, las pasiones contrariadas, el orgullo, la ambicion, la exaltacion mística, las decepciones, los quebrantos de fortuna y todo género de emociones de índole afectiva.

Los *sacudimientos políticos*, las *revoluciones* y las *calamidades públicas*, segun queda dicho en la página 220, manifiestan su accion no precisamente aumentando el número de maniacos, sino dando al delirio de estos enfermos el tinte correspondiente al acontecimiento social que les ha impresionado.

Raras veces la manía es efecto de *traumatismos sobre el cráneo*; en cambio, las fuertes *insolaciones* que obran sobre esta region ocasionan frecuentemente la mencionada enfermedad en los soldados y en los labradores que no se precaven convenientemente.

El influjo de las *perturbaciones* de la *menstruacion* se limita frecuentemente á provocar los accesos de la manía en las mujeres afectadas de esta vesania; en cambio, el *embarazo* y el estado *puerperal* ejercen una accion tan marcada, que Marcé, entre 44 casos de locura puerperal, ha contado 29 de forma maniaca.

Sintomatología.—No es raro que la manía estalle súbitamente y sin otros antecedentes sintomatológicos; sin embargo, en la mayoría de los casos, la invasion de la enfermedad va precedida de un *período prodrómico* en que comienza á diseñarse la índole de la afeccion que amenaza. A veces estos fenómenos precursores datan de época muy remota; hay individuos en quienes la pro-

pension á la manía se adivina desde la infancia: son esos niños que por cualquier cosa se encolerizan; que son difíciles de educar; que tienen la atencion veleidosa; que son mudables en sus propósitos ó inclinaciones; que, ya adolecentes, emprenden un oficio ó carrera y, sin razon plausible, la abandonan buscando mayores atractivos en otras profesiones; que frecuentemente adolecen de cefalalgias rebeldes y que manifiestan especial viveza y travesura de ingenio, pero escasa aptitud para retener lo que se les ha enseñado. Se diria que, en estos sugetos, las células de los tálamos ópticos tienen poca capacidad para conservar las impresiones sensoriales, lo cual hace que sus ideas tengan poca fijeza; esa *estivacion*, ó arreglo ordenado de las percepciones, tan favorable á la recordacion, y de todo punto indispensable para el ejercicio normal de la asociacion de las ideas, en tales sugetos se hace sin método ni concierto, á causa de que las células cerebrales son impresionadas con desigual intensidad, siendo, por lo tanto, muy deleznables ciertas impresiones y permanentes otras, resultando de esto frecuentes soluciones de continuidad en las séries lógicas que debieran conservarse en los registros de la sustancia gris de las circunvoluciones cerebrales. A estas anomalías funcionales corresponde una especial propension á las congestiones fisiológicas del cerebro, ó sea esas hiperemias, análogas al orgasmo glandular ó al rubor del rostro, de que nos habla Reindfleich.—Así como hay personas en quienes, por cualquier cosa, se les ruboriza el rostro, ¿por qué no ha de haber cerebros mas *ruborizables* que otros? Así se explican las cefalalgias, que habitualmente atormentan á esos niños, su extraordinaria propension á los ensueños, las violentas desigualdades que se notan en su carácter moral, su travesura, su inaplicacion, su inconstancia y su escaso aprovechamiento.

Precediendo, ó dejando de preceder estos hechos anamnésticos, asoman manifestaciones mas decisivas del estado frenopático. Una tristeza, un grande abatimiento moral y físico, en medio del que al paciente le asedian presentimientos siniestros, persíguenle rebeldes insomnios, atorméntale una cefalalgia gravativa, pierde el apetito, la lengua se cubre de una capa saburral y tiene mal gusto de boca y tenaz extreñimiento de vientre; tales son los fenómenos prodrómicos de la forma mental que tratamos de describir. Todos estos síntomas de depresion, que á no tardar serán reemplazados por otros diametralmente opuestos, esto es, de excitacion, parecen indicar que, en los primeros tiempos de la manía, el cerebro recibe menor cantidad de sangre de la

que necesita para su funcionamiento normal; hecho que, en este caso, presupone un espasmo de los vasos encefálicos, ligado á un trastorno de la innervacion del bulbo. De esta misma alteracion de las funciones bulbares dependen: la inapetencia, la estipticidad del vientre, las modificaciones patológicas de las secreciones digestivas y, por último, la ansiedad y fatiga de la respiracion, análogas á las que se observan en los estados de clorosis ó anemia. Esta atonía de los actos digestivos y respiratorios, es, por otra parte, consiguiente al débil trabajo de combustion que se opera en la generalidad del organismo, á causa del abatimiento físico y moral que se apodera del individuo, pues es sabido que los fenómenos de reparacion plástica, guardan proporcion con la intensidad de los de desasimilacion ó consumo orgánico.

Segun decíamos, á este estado de aplanamiento funcional, subsigue otro de *expansion*, que no tarda en llegar á la agitacion. Esta nueva faz marca la *invasion* y el *periodo de ascenso* de la manía. El enfermo se siente dominado por deseos impulsivos de moverse, ya andando, ya agitando las manos, pegando, rompiendo, desgarrando, destrozando ó de cualquier modo destruyendo. La sensibilidad, hasta ahora tocada de estupor, adquiere una excitabilidad extrema: la vista de cualquier objeto, cualquier sonido, una impresion tactil, á veces un dolor, y en rarísimas ocasiones una impresion gustual, son suficientes para que se desplegue una actividad inusitada en las funciones específicas del cerebro. Las ideas sobreabundan; proliferan en tumulto; se suceden sin hilacion lógica; las reminiscencias son evocadas con sorprendente viveza; los recuerdos adquieren frecuentemente carácter de actualidad y de objetividad y aparecen alucinaciones ó ilusiones, en uno ó en varios sentidos. La atencion se halla en equilibrio inestable; apenas se sostiene momentáneamente en una impresion, para pasar á otra. La imaginacion, rica de materiales, despliega brios insólitos: entendimientos prosáicos se elevan súbitamente, por gracia de la locura, á las encumbradas regiones de la poesía. Todo se vuelve concebir proyectos, trazar planes de fortuna, hacer prodigiosos inventos y resolver problemas hasta el presente vedados á los humanos cálculos. Si el sugeto es libre de sus acciones, gasta su capital en compras ruinosas; contrae compromisos y estipula contratos que vuelcan su fortuna. Su conversacion es un verdadero flujo de palabras: si tiene interlocutor, el maniaco lleva siempre la palabra; si está solo, habla tambien, vocifera, grita ó insulta, porque frecuentemente su fantasía le crea uno ó mas interlocutores. En ocasiones, la con-

versacion no ofrece de particular mas que la superabundancia de palabras y la exaltacion y extravagancia de conceptos; pero, en otros casos, aparece lo que hemos llamado *pseudo-incoherencia*, debida á que los aparatos silogísticos no tienen tiempo de expresar el gran acúmulo de ideas que se van formando y esperan tanda para salir en forma de palabras; algunas son expresadas, pero otras no llegan á traducirse en sonidos-signos y, por consiguiente, la cadena del pensamiento aparece interrumpida, porque en la série silogística se hallan suprimidos algunos eslabones. De todos modos, la *locuacidad* homogénea é incoherente, es uno de los síntomas mas característicos de la manía, en su período de agudez, y encuentra su razon de ser en la múltiple y viva excitacion de las células intelectuales. Todas las corrientes nérviosas de direccion centrífuga, esto es, desde las circunvoluciones cerebrales hasta los cuerpos estriados y los hacecillos anteriores, entran en activa é incesante funcion. De ahí que la fisonomía se presente animada, que la mímica del rostro y de las manos venga en ayuda de los órganos fonéticos, para contribuir á la expresion del delirio de las ideas, y que el vigor y agilidad del sistema muscular se acrecienten de un modo prodigioso, á á veces contrastando con la endeblez de las carnes del enfermo. De ahí tambien que, dominados los centros locomotores por una irritacion funcional, aparezca un verdadero automatismo peligroso, que no bastaria á ser explicado por la hiperestesia intelectual, en el que el paciente desgarra sus vestidos, muerde, golpea, hiere, destruye, corre, salta y rompe cuantos objetos están á su alcance.

La interpretacion fisio-patológica de estos síntomas, es como sigue: al estado de contraccion de los capilares del cerebro, que producia la isquemia de la sustancia gris, y, por consecuencia, la atonía propia del período prodrómico, sucede, cómo en todo proceso hiperémico, la relajacion de los órganos vasculares y, por consecuencia, la hiperemia, la superabundancia de sangre, que produce la rubefaccion y determina la irritacion funcional de los elementos nerviosos. Así como el espasmo inicial habia sido general ó difuso, dando lugar al abatimiento, tambien general, de las funciones cerebrales, incluso la innervacion visceral, la relajacion que subsigue es tambien general y difusa, y, por lo mismo, la hiperemia se extiende á todos los ámbitos, no solo del cerebro, si que tambien del cerebelo y del bulbo. De ahí de que todos los aparatos encefálicos sin distincion, manifiesten una acentuada hiperestesia funcional: las sensaciones—

tálamos ópticos—la percepcion, la memoria, la asociacion de ideas, la imaginacion—capa superficial de la sustancia gris de las circunvoluciones—las impresiones sensoriales reflejas, los los movimientos automáticos—cuerpos estriados, prolongaciones de los cuernos anteriores de la médula y aparatos cerebelosos—todo está en activísima y desordenada funcion. De ahí el delirio alucinatorio ó sensorial, de ahí el delirio afectivo, de ahí el delirio intelectual y de ahí, en fin, el delirio de los actos. *Delirio*, es decir, accion ó movimiento psicológico sin regla, sin órden, que constituye la mas alta expresion de la manía.

Si en el período melancólico precursor de la manía, los actos de la vida vegetativa, á causa de la incompleta influencia del bulbo y por efecto del poco consumo orgánico, se hallaban afectados de atonía, ¿cómo en condiciones biológicas diametralmente opuestas, no han de ostentar un vigor correspondiente á la energía de las funciones cerebrales y al tono de la innervacion del bulbo? De ahí que, en este período, cesen la anorexia, la saburra, el mal gusto de boca, la constipacion abdominal y demás perturbaciones digestivas que aparecieron al principio, y que, al contrario, el apetito se avive, llegando en ciertos casos, hasta la voracidad; que el pulso se desplegue con mayor ó menor intensidad y frecuencia; que la respiracion deje de ser ansiosa y entrecortada y que todo, en fin, indique una capacidad nutritiva proporcionada al enorme gasto ocasionado por el exuberante funcionalismo de la vida de relacion. En algunas manías en que la agitacion y el delirio son muy vivos y las alucinaciones muy intensas, el enfermo suelta inadvertidamente las orinas y las heces ventrales: estos fenómenos no dependen de parálisis ó relajacion de los esfínteres, sino que están ligados á un estado de anestesia de la vejiga y del recto, análoga á la en que se halla constituida toda la sensibilidad tactil; anestesia general que, contrastando con la hiperestesia de los sentidos especiales y en particular la vision y audicion, hace que los enfermos no se aperciban de los estímulos mas dolorosos, ni de las quemaduras, ni de las heridas, ni del frio, impresiones que, sin embargo, no dejan de producir reacciones orgánicas de todo punto semejantes á las que determinan en los organismos sanos.

Este contraste entre el estado de las dos sensibilidades, la general y la especial, se explica por la difusion de las lesiones anatomo-patológicas de la manía. La hiperemia de los tálamos ópticos exagera la impresionabilidad de la vista, del oido y del olfato—sentidos especiales;—las lesiones de la protuberancia,

interponiéndose á la prolongacion de los hacecillos laterales de la médula, interrumpen la marcha de las impresiones tactiles, las cuales, por lo mismo, no pueden llegar á la altura de las circunvoluciones cerebrales, para hacerse conscientes.

La voz del maniaco se apaga ó se pone notablemente ronca; á esto, sin duda, contribuye el excesivo trabajo á que se halla condenada su laringe, por el elevado tono de la elocucion y por los gritos del enfermo; pero la principal causa de este fenómeno debe señalarse en una alteracion de la innervacion bulbar; de no ser así, no se explicaria que algunos maniacos apareciesen con la voz tomada desde el primer dia de su enfermedad, y antes de haber llegado á grande exageracion la locuacidad y las vociferaciones. En la mayor parte de los maniacos se observa una sobrexcitacion del sentido genésico; este síntoma es, sin embargo, mucho mas comun en la mujer que en el hombre. En aquella, la vista de un hombre, el ruido de sus pasos ó el sonido de su voz, son bastantes á determinar paroxismos eróticos, que se traducen en acciones y palabras obscenas, que nada tenian de habitual en el sugeto. El caso es que, tanto en el uno como en el otro sexo, este furor erótico conduce al onanismo desenfrenado, hecho que conviene no olvidar, para acudir con tiempo á evitar las funestas consecuencias que en otro punto hemos señalado—véase página 237.

La excitacion de los centros nerviosos trasciende á los aparatos de la vida vegetativa, y así no es de admirar que muchos maniacos, en el decurso del período de ascenso que describimos, ofrezcan una notable aceleracion del pulso, asociada al correspondiente aumento de la temperatura; al principio, con sequedad de la piel, y despues con sudores profusos, frecuentemente de una fetidez especial, comparada por Guislain al hedor de ratones. No obstante, la fiebre no es constante en todos los casos de manía, y por consiguiente este síntoma dista mucho de ser característico de esta forma mental, como supusieron Georget y J. Frank.

El *furor*, como dice Marcé, es mas bien un episodio que una complicacion de la manía; es un estado mas ó menos pasajero de la hiperemia general de los centros nerviosos. El furor es mas frecuente y mas duradero en la mujer que en el hombre. Raro es el maniaco en quien en el estado de agudez no sea dable hacerle entrar en furor; basta una palabra dura, una reconvencion, una amenaza, etc. Por esta razon las alucinaciones tienen tan gran parte en la provocacion de este estado. En cambio, la dulzura, la quietud, cierta libertad, concertada con la privacion de estímu-

los y el aislamiento, son influencias que, oportunamente empleadas, preservan al paciente de los arrebatos del delirio. El frenópata debe reconocer los signos premonitores del furor maniaco. «Tal enfermo, dice Calmeil, acelera repentinamente su marcha, profiere súbitamente una palabra ó una frase que no pronuncia jamás en ninguna otra ocasion; tal otro frunce el entrecejo, hace rodar los ojos en las órbitas, presenta un violento temblor en los brazos, una súbita rubicundez en el rostro, latidos insólitos en las arterias, é inmediatamente despues se declara el furor; los ojos centellean, los enfermos exhalan terribles gritos, desahogando su rabia contra los muebles ó los árboles, rompen cuanto les viene á mano, muerden á cuantos se les acercan; cuando se les ha privado del ejercicio de sus manos, se revuelcan por el suelo, se desgarran á sí mismos, y se precipitan contra las paredes. No hay cosa mas terrible que el furor de los epilépticos cuando salen de sus accesos convulsivos (1).»

Cuando los síntomas de la manía han terminado su desarrollo, de modo que en la enfermedad ya no se presentan síntomas nuevos, ni desaparecen los que se han presentado, ni se acrecienta ni rebaja la intensidad del conjunto, se dice que ha entrado en su *segundo período, ó de estado,* cuya duracion es muy variable y cuyos fenómenos característicos son: el enflaquecimiento, la depresion del semblante y las remisiones y exacerbaciones del delirio. Estas últimas son mas ó menos intensas y frecuentes, segun influyen sobre el individuo diferentes impresiones físicas ó morales, como: el calor ó el frio muy intensos, la reclusion, las ataduras, la contrariedad, etc. Es tambien de notar que los períodos menstruales exacerban el delirio.

El *tercer período* ó de *declinacion de la manía*, se puede manifestar de cuatro maneras diferentes: 1.°, por la aparicion de intervalos lúcidos, durante los cuales el enfermo recobra mas ó menos completamente la razon; á medida que se adelanta en sentido de la curacion, los intervalos lúcidos son mas largos y mas cabales y los paroxismos son raros y mas cortos; 2.°, por gradual rebaja y desaparicion consiguiente de la agitacion y de la incoherencia de las ideas; 3.°, por la nueva aparicion del órden y lógica en los conceptos, persistiendo empero cierto grado de sobrexcitacion intelectual, que no se desvanece hasta que está plenamente establecida la convalecencia; y 4.°, por la reaparicion

(1) Cita de Marcé, obra citada, pág. 286.

de la calma, pero persistiendo aun, por bastante tiempo, la incoherencia de las ideas.

Cuando la manía ha recorrido todos estos períodos, habiendo, por lo mismo, desaparecido totalmente los síntomas frenopáticos, y sobre todo, si el enfermo se halla poseido de la nocion de su estado actual y de su estado morboso anterior, se puede declarar que ha entrado en *convalecencia*. Entonces, por lo comun, el paciente aqueja una sensacion de fatiga y de quebrantamiento general, que, lejos de infundir recelos, confirma la curacion; entonces tambien suelen reaparecer las neuralgias, las jaquecas y demás afecciones que eran tal vez habituales en el sugeto. Otros, empero, mas afortunados, con la enfermedad mental, quedan curados de achaques que anteriormente les molestaban.

Marcha.—Por su curso, la manía puede presentar tres tipos, á saber: el *continuo*, el *remitente* y el *intermitente*. En el tipo *continuo* puede suceder que la enfermedad llegue en pocos dias al colmo de su intensidad—período de estado—ó que alcance á sus mas altos grados de un modo sucesivo, pero sin ofrecer alternativas de calma y de exacerbacion. En el primer caso, no es raro que la curacion se establezca de un modo súbito y que el paciente salga de su enfermedad como quien despierta de un penoso ensueño; parécele que se ha rasgado bruscamente un velo que cubria su entendimiento. En otras ocasiones, y es lo mas comun, la curacion se anuncia por una progresiva disminucion en la intensidad de los síntomas. En otros casos, en fin, por la aparicion de períodos lúcidos, cuya duracion y frecuencia van en gradual aumento. El tipo *remitente* es el mas comun y se caracteriza por alternativas, mas ó menos acentuadas, de calma y de exacerbacion del delirio. Ciertos maniacos se agitan especialmente durante las noches; otros duermen bien en las horas regulares, pero pasan el dia agitados; otros se exacerban por la mañana ó por la tarde, y hay otros, en fin, cuyos paroxismos solo aparecen en dias alternos y con notable regularidad.—La manía *intermitente* no deja de observarse con bastante frecuencia; en ella, los intervalos de lucidez son completos y los accesos aparecen, ya en épocas fijas, ya sin órden cronológico regular, pudiendo variar extraordinariamente la duracion de los unos y de los otros; hay manías cuyos paroxismos, como los de las calenturas palúdicas, se presentan cada dos ó cada tres dias; otras en que se observan cada semana; en otras son mensuales, trimestrales, ánuos, bienales, etc. En ciertos casos, la determinacion del acceso parece espontánea, pues no puede referirse á otra in-

fluencia que á la de la estacion ó del tiempo; en otros, aparece bajo el dominio de ciertos trastornos orgánicos ó morales, tales como una emocion mas ó menos viva, un empacho gástrico, restriccion de vientre, cefalalgia, etc. El acceso, por lo comun, termina de un modo súbito y sin fenómenos críticos, quedando el enfermo en estado de perfecta lucidez intelectual, pero subsistiendo algunos vestigios del trastorno frenopático que no permiten confundir el intervalo lúcido con la curacion definitiva.

Terminaciones.—La manía puede terminar de cuatro maneras distintas, á saber: por *curacion*, esto es, declinando la enfermedad y restableciéndose la razon, segun hemos expuesto; por *tránsito* al *estado crónico*, por *trasformacion en otra especie frenopática* y por la *muerte*.

El tránsito de la manía aguda al *de estado crónico*, consiste en la prolongacion indefinida del período de estado, y se caracteriza por el conjunto de signos que hemos apuntado en la página 202 y que no repetiremos en este lugar. En la manía crónica, se obtienen pocas curaciones; así que la mayoría de estos enfermos pasan al estado de demencia.

La *trasformacion* de la manía en *melancolía*, apareciendo despues de la tristeza un período de lucidez, seguida de una nueva invasion de la manía y sucesivamente, constituye la entidad frenopática conocida con el nombre de *locura de doble forma, ó circular*; pero hay casos en que cesa el estado de exaltacion frenopática general, para dar lugar á otro de depresion moral ó tristeza, que queda permanente en el individuo; entonces hay una verdadera terminacion de la manía por trasformacion en melancolía. En otras ocasiones, el delirio general se va circunscribiendo á un determinado órden de ideas; cesa la exaltacion frénica y el enfermo, antes afectado de manía general, queda constituido en un estado de *monomanía*, ó *manía parcial*, por cierto nada favorable á la curacion.

La terminacion de la manía por la *muerte*, es un hecho relativamente raro; pues la mayor parte de defunciones que ocurren en el decurso de esta enfermedad, se deben á alguna complicacion extraña á la marcha de la misma, tales como una flegmasía pulmonal ó intestinal ó un delirio sobreañadido, etc. Cítanse empero maniacos poseidos de delirios sumamente intensos, que han sucumbido sin complicacion y á consecuencia del agotamiento nervioso.

Para mas pormenores relativos á las terminaciones de la manía debemos remitir al lector al capítulo XIII, página 192.

Diagnóstico.—La manía podria confundirse con otras vesanias comprendidas en el órden de las locuras, y en especial con la melancolía y la monomanía, y con la demencia.

Limitémonos, por ahora, á establecer el diagnóstico diferencial entre la manía y la melancolía: mas adelante señalaremos los caractéres que distinguen las demás vesanias de la que forma el objeto de este capítulo.

En la *manía*, todas las funciones cerebrales manifiestan un estado de sobrexcitacion. El hábito exterior del maniaco revela arrogancia, agitacion, vigor ó movimiento; el del melancólico, desconfianza, temor, recelo, arrepentimiento, humildad, abatimiento, debilidad ó vacilacion. La voz del maniaco es alta, sonora ó ronca; la del melancólico baja, apenas inteligible y frecuentemente nula, porque el enfermo adolece de *mutismo frenopático*. El maniaco habla mucho, su lenguaje es atrevido, sus frases, en muchos casos, incoherentes, pronuncia palabras mal definidas, grita, blasfema, insulta ó ahulla; el lenguaje del melancólico es siempre parco, luctuoso ó quejumbroso. El maniaco manifiesta suma intensidad en las voliciones: quiere salir, huir de sus enemigos, vestirse de este ó del otro modo, repudia á su mujer, pretende comprar fincas ó muebles, derribar la casa, etc.; el melancólico se caracteriza por una *abúlia* mas ó menos completa: no tiene fuerza para querer.—El maniaco propende siempre á acusar: dice que le persiguen, que le quieren mal, que pretenden matarle; los melancólicos se acusan á sí mismos: todos hablan de su *desgracia* y de la causa de su mal, que fué el *error* en que incurrieron, la *falta*, el *pecado* ó el *crimen* que cometieron; el melancólico, pues, se *acusa á sí mismo* y se *arrepiente*; el maniaco *acusa á otro ú otros* y *no siente remordimientos*.—En el lenguaje del maniaco, campea siempre el pronombre *yo*, en sentido enfático ó de aprobacion; el melancólico no habla de sí mismo, sino para acusarse ó deprimirse.—El maniaco anda con paso firme y la cabeza erguida; si le amenazan, acepta el reto, se defiende, lucha y resiste con gran fuerza; el melancólico anda vacilando, busca la soledad, rehuye las provocaciones y, si alguna vez trata de defenderse cuando se ve atacado, nunca toma la ofensiva.—El maniaco es crédulo, pero olvida fácilmente lo que se dice; el melancólico no discute la opinion de otros, pero no da asentimiento sino á su propio delirio. Las funciones orgánicas del maniaco—digestion, respiracion y circulacion—revelan un exceso de actividad; el apetito es exigente; el pecho se dilata con amplitud y el pulso late con vigor; el melancólico suele estar

anoréctico; su respiracion es corta, rara y ansiosa; el pulso débil y algo frecuente, y la temperatura baja.—El maniaco exhala abundante sudor y sus deposiciones alvinas se verifican en horas regulares y son normalmente abundantes; el melancólico tiene seca la piel, sufre astriccion de vientre y todas sus secreciones escasean, excepto la orina, que mas bien suele pecar por exceso en cantidad y por defecto de principios salinos.

ESPECIES Ó FORMAS DE LA MANÍA.

Al trazar el cuadro nosológico de la manía, no nos hemos propuesto describir una entidad clínica: nuestro objeto ha sido agrupar, bajo cierto órden, toda la fenomenología de los diferentes tipos frenopáticos que concuerdan en el hecho capital que hemos asignado como característico del género, esto es: la *generalidad de la sobrexcitacion frénica*. Toda vesania en que se observe una sobrexcitacion mental generalizada, deberá, pues, incluirse en el género manía. Este género está formado por un considerable número de especies, cuyas diferencias derivan: 1.°, de la marcha ó intensidad de los síntomas; 2.°, de la naturaleza del delirio; 3.°, de su tipo, y 4.°. de su etiología. Cada autor, al descomponer en especies el género manía, lo ha hecho tomando diferente punto de vista, y así, al paso que unos se han limitado á dividir esta enfermedad en *aguda* y *crónica*, otros, tomando por punto de partida el órden de facultades en que descollaba el delirio, han descrito una manía *intelectual*, otra *afectiva* y otra *impulsiva*. Nosotros, con el ánimo de no privarnos del beneficio de estas divisiones, sin caer en los inconvenientes de su multiplicidad, nos limitaremos á exponerlas sinópticamente, y fundaremos nuestra clasificacion en el *concepto nosológico general*, formando solo dos especies, á saber: la *manía simple, franca, primitiva* ó *idiopática* y la *manía mixta, híbrida* ó *constitucional*. En rigor, deberíamos admitir una tercera especie, formada por las *manías sintomáticas*; pero estas serán estudiadas con mas oportunidad entre las *locuras patogenéticas*, ó sea en el cuarto género del órden primero de nuestra clasificacion.

Cuadro sinóptico de las formas de la manía.

- **La manía se divide.**
  - Por su marcha en....
    - *Agudísima, ó delirio maniaco*..... — Agitacion, delirio y furor extremos, con fiebre ardiente; que suele terminar por la muerte entre el quinto al décimo dia.
    - *Aguda.* —Tipo descrito.... — Sobrexcitacion general de las funciones cerebrales, permanente, sin fiebre ó con ligera agitacion del pulso y aumento de la temperatura.
    - *Crónica*..... — Terminacion de la aguda—la exaltacion cerebral ha dejado de ser permanente y solo aparece por intervalos.
  - Por la *naturaleza del delirio* predominante, en.....
    - *Alegre.*—Con ideas alegres, qué mantienen al enfermo siempre de humor festivo.
    - *Erótica.*—Con especial predominio de las ideas eróticas.
    - *Religiosa.*— Con marcada preponderancia del delirio místico.
    - *Ambiciosa.*—Con predominio del aprecio de sí mismo, é ideas de grandeza.
  - Por el *tipo*...
    - *Continua.*—Cuya intensidad no decrece mientras dura el período de estadio.
    - *Remitente.*—Que presenta exacerbaciones y remisiones mas ó menos frecuentes.
    - *Intermitente.*—Que ofrece intervalos de lucidez completa, reapareciendo los paroxismos en épocas mas ó menos regulares.
  - Por las *causas*
    - *Hereditaria.*—Con antecedentes morbosos en los parientes del enfermo.
    - *Adquirida.*—Por efecto de influencias que han obrado accidentalmente en el individuo.
  - Por el *concepto nosológico general*..
    - *Simple, franca, primitiva ó idiopática.*
    - *Mixta híbrida ó constitucional.*

Manía simple, franca, primitiva ó idiopática.—Esta forma de la sobrexcitacion frénica, que ha recibido tambien el nombre de *manía intelectual*, porque, en medio de la estenia general de las funciones cerebrales, descuella la sobrexcitacion de las facultades intelectuales, es la que reune el mayor número de los caractéres que hemos señalado como determinantes del género manía. Un desórden completo de las operaciones intelectuales, el verdadero caos del entendimiento, con extremada movilidad de las

afecciones, tales son, de un modo general, los fenómenos que distinguen esta frenopatía.

En casos—mas excepcionales de lo que parece—invade súbitamente, poco despues de la accion de causas físicas ó morales abonadas. Por lo comun, la excitacion frenopática va precedida de un período de depresion melancólica, cuyos síntomas, marcha y significacion fisio-patológica hemos descrito. Esto constituye los *prodromos* de la enfermedad mental; que en algunos individuos parece estar en incubacion, no del todo latente, desde la mas tierna infancia.

La depresion melancólica va gradualmente cediendo el puesto á la sobrexcitacion cerebral: en un principio hay alternativas de depresion y de exaltacion; pero luego solo hay fenómenos hiperfrénicos. Entonces queda declarada la *invasion* de la enfermedad. La agitacion aumenta, se hace permanente y se establece definitivamente el delirio, cuyo aspecto varía, predominando unas veces la exaltacion y otras la incoherencia. De ahí dos variedades de la manía simple: la *exaltada* y la *incoherente*. En la primera se observa un prodigioso aumento de la memoria; la imaginacion despide destellos inusitados; las ideas brotan en extraordinario número; el enfermo habla sin cesar y con una elocuencia mas viva que de costumbre; improvisa versos; si escribe, antes agota el papel que la materia, y en su conversacion, además de la clara y viva entonacion de la voz, se nota que aparece animada por una enérgica expresion mímica y por contínuas y agitadas gesticulaciones. Este estado que, en realidad, es una de las formas de la manía razonadora, merece el nombre de *exaltacion maniaca*.

En la forma *incoherente*, es tal la sobrexcitacion de las facultades conceptivas, esto es, la sensacion, la percepcion, la memoria y la imaginacion, que estas sacuden el yugo regulador que normalmente les imponen las facultades directivas, á saber: la atencion, el raciocinio y la reflexion. Por tal motivo, se rompe el equilibrio funcional de la inteligencia y, por lo tanto, todo es confusion en la mente. Faltando el poder ordenador, desaparece la solidaridad entre los elementos de la inteligencia; no hay enlace de unos conceptos con otros; se pierde esa armonía que depende de la relacion categórica y cronológica entre las sensaciones, las percepciones, los juicios y los razonamientos. La inteligencia es un edificio arruinado, cuyos materiales, no obstante, no han sido arrastrados por la corriente morbosa, sino que esta las ha puesto en revuelta confusion; el cerebro, por otro concepto, po-

dria compararse á un incendio de focos múltiples, cuyas llamas, por efecto de la propagacion del fuego, vienen á formar una sola y grande hoguera.

Seria incurrir en grave error creer que, en la forma mental de que tratamos, el trastorno psicológico se limita á las facultades intelectuales, pues las afectivas manifiestan notables anomalías, que constituyen ese fondo emocional, que hemos señalado como de uno de los caractéres distintivos del género. Respecto á este punto, se observan numerosas variedades: hay maniacos alegres, expansivos, pródigos y contentos de todo y de todos; otros, al contrario, son egoistas, retraidos, desconfiados y difíciles de contentar; algunos son amables é inofensivos; la mayor parte son irascibles, intolerantes y hasta peligrosos. Ciertos enfermos de esta clase se hacen notar por la versatilidad de sus afecciones, y así se les ve pasar súbitamente desde la alegría á la tristeza, del llanto á la risa, de la amabilidad á la ira y del amor al odio.

Un hecho, en el cual concuerdan casi todos los maniacos de la especie que estudiamos, consiste en un cambio completo de sus afecciones: las personas que antes les eran mas queridas, les son indiferentes, si ya no es que respecto de ellas conciban inexplicables repulsiones é injustificados rencores.

En el retrato físico de los enfermos afectados de manía intelectual, se encuentran los siguientes rasgos: fisonomía animada y movible; notable propension á hacer muecas; ojos inyectados y brillantes; andar vivo y precipitado; movimientos bruscos y tumultuosos; el alienado va, viene, corre, salta, canta, grita y se entrega á actos desordenados, sin que le detengan obstáculos; si algo se opone á sus acciones, lo rompe ó se infiere daño; algunos no cesan de desgarrarse los vestidos, pues en su agitacion no toleran la menor traba. Hablando en propiedad, en los maniacos no hay aumento de fuerza muscular, sino mas bien superabundante expansion de esta en un dado espacio de tiempo; parece que, en los accesos de la manía, el influjo cerebral éxitomotriz sale al exterior bajo la forma de grandes descargas, que, en gran parte, dejan de estar bajo el influjo de la voluntad.

Extraordinaria exaltacion se observa en la sensibilidad de estos enfermos: las impresiones ópticas y acústicas, en particular, tienen tal grado de hiperestesia, que ellas solas bastan á acrecentar la intensidad del delirio. En muchos casos, á la hiperestesia se agregan alucinaciones ó ilusiones que, si bien no son esenciales á la enfermedad, sino que aparecen á título de com-

plicacion de la misma, á pesar de su movilidad y fugacidad, exasperan notablemente la hiperfrenia y contribuyen á viciar el juicio. Con esa sobrexcitacion de los sentidos especiales, contrasta, en la manía intelectual, la obtusion de la sensibilidad general, fenómeno de que nos hemos hecho cargo al tratar de la manía en general. Hay en este hecho algo análogo á lo que sucede en el estado normal, cuando la atencion se halla fuertemente ocupada en percepciones de grande intensidad, ó cuando el espíritu está profundamente abismado en la reflexion. ¿Quién no sabe que Arquímedes, absorto en sus cálculos matemáticos, no se apercibió del incendio de Siracusa?

Podríamos completar el sindrome de la manía intelectual exponiendo las alteraciones relativas á las funciones de la vida de nutricion y reproduccion y aun hablar especialmente del furor maniaco; pero, como al describir los caractéres del género, nos hemos referido á los síntomas propios de esta forma, por ser la mas acentuada, consideramos que, por no repetirnos, bastará remitir al lector al capítulo antecedentemente expuesto.

Considerada desde el punto de vista de su *marcha* y *duracion*, la manía intelectual, ó simple, puede presentar dos estados principales, á saber, el *estado agudo* y el *estado crónico*.

La *manía aguda*, caracterizada por la rápida succesion y sabida intensidad de los síntomas, con grande agitacion, desórden de las ideas, impetuosidad de los movimientos y fiebre bastante graduada—*manía febril*,—puede presentar dos variedades, que son: la *manía transitoria* y el *delirio vesánico*.

La *manía transitoria*, ó *agudísima*, se puede presentar espontáneamente; pero, por lo comun, en su etiología figura la accion próxima de una viva emocion, una insolacion muy intensa, un exceso alcohólico, la ingestion de algun agente tóxico, una alucinacion ó ilusion sensorial, un ensueño terrorífico, el estado puerperal, el de preñez ó la lactancia, alguna neurosis convulsiva, tal como el histerismo, la epilepsia ó la corea, y á veces se observa como complicacion de las pirexias mas agudas, como las calenturas eruptivas, la fiebre tifoidea, las intermitentes, ó el reumatismo articular agudo.

Esta forma mental estalla súbitamente en un sugeto que momentos antes gozaba de cabal razon: un fuerte delirio, con agitacion extrema é indomable furor, que llega rápidamente á los grados mas elevados de intensidad, acompañándose de fenómenos febriles, para desvanecerse en un período corto, que varía entre diez minutos y seis horas, sin dejar en la mente del enfer-

no mas que una confusa reminiscencia de su estado; tal es el síndrome de la variedad frenopática, de la cual acabamos de presenciar un notable ejemplo en una puérpera; siendo de notar que, en este caso, cuatro meses despues del ataque maniaco transitorio, se ha declarado una manía intelectual, que ha conducido á la enferma á *Nueva-Belen*. Los alienistas, sin embargo, afirman que son raras las recidivas en esta enfermedad, cuya causa anatómica parece ser una hiperemia cerebral, tan rápida como fugaz.

El *delirio agudo vesánico* es una variedad frenopática, cuya primera descripcion se debe á Calmeil, y cuyo cuadro sintomatológico ha sido completado por Brierre de Boismont, Baillarger, Jessen, Fhulié y Ach. Foville. Raras veces aparece como enfermedad primitiva; por lo comun se manifiesta en el decurso de una manía franca. El enfermo presenta una agitacion violentísima; si está en libertad de accion, no cesa de moverse; si se le retiene ó sujeta, agita la cabeza y los miembros; habla ó grita incesantemente, variando siempre de tema y sin la menor coherencia; presa de tumultuosas y extrañas alucinaciones, no tiene conciencia de las personas y objetos que le rodean; apenas llega á conciliar el sueño cuando ya le asalta de nuevo el delirio; abrásale una calentura sumamente viva; su piel, ardiente, está bañada en sudor viscoso; el pulso late hasta ciento veinte veces por minuto; la cabeza arde; los ojos están inyectados y brillantes, y los párpados cubiertos de legañas; la voz es ronca; la lengua árida; siente sed abrasadora, pero tiene horror al agua—*hidrofobia*—rehusa los alimentos; no cesa de escupir, y su fisionomía, profundamente alterada, tan pronto expresa la cólera, como el terror, como la mas expansiva alegría. Al cabo de algunos dias, aumenta la frecuencia del pulso, que á la vez se pone pequeño y blando; cúbrense de materia fuliginosa la lengua, los dientes y los labios; el aliento se vuelve fétido; la voz temblorosa y débil; la elocucion penosa; la respiracion anhelosa é irregular; el insomnio es cada dia mas tenaz; las excreciones alvinas son espelidas involuntariamente; sobrevienen espasmos de los músculos de la cara, subsultos de tendones y, en algunos casos, convulsiones epileptiformes generalizadas. En tal estado, acaece la muerte, unas veces por efecto de la repeticion de los ataques y otras despues de una diarrea abundante, á consecuencia del marasmo y profunda adinamia que se apoderan del enfermo.

Los estudios de Colmeil, ilustrando la anatomía patológica del delirio agudo vesánico, han contribuido poderosamente á de-

terminar la naturaleza de esta afeccion, que antes se explicaba por un mero trastorno dinámico del cerebro. Para este autor, que ha encontrado constantemente derrames de serosidad sanguinolenta en los espacios sub-aragnoideos; productos fibro-plásticos por debajo de la serosa; inyecciones, manchas violadas y adherencias de la pia-madre á la capa mas superficial de la sustancia gris de las circunvoluciones; tumefaccion de estas, tinte violado y puntuaciones rojizas, resultantes de numerosos orificios vasculares y manchas equimóticas en esta misma sustancia; defecto de consistencia del tejido de la médula en la region cervical; exceso de vascularizacion de la sustancia blanca; coloracion rojiza de los tálamos ópticos y cuerpos estriados; coarrugacion del epéndima de los ventrículos; corpúsculos pióides, granulosos y hemáticos en la serosidad de la aragnóides y entre las mallas de la pia-madre, y estados varicosos de los capilares, cuyas túnicas estaban además infiltradas de granulaciones moleculares; todas estas lesiones, decimos, en concepto de Calmeil, prueban evidentemente que el delirio agudo vesánico es la expresion sintomatológica de una *periencefalitis difusa aguda*, que, en patología mental, tiene su análogo en la *parálisis general de los alienados*, pues esta es tambien una *periencefalitis* difusa, pero de marcha crónica.

Baillarger ha establecido una distincion utilísima desde el punto de vista clínico, entre dos formas de delirio agudo, que, aun cuando presentan recíprocas semejanzas, corresponden á dos estados morbosos diametralmente opuestos. Hay, en primer lugar, un *delirio agudo con fiebre* muy graduada y fenómenos inflamatorios intensísimos, al que Baillarger da el nombre de *mania congestiva* y que corresponde la *periencefalitis difusa aguda* de Calmeil, y cuyas analogías con la parálisis general de los alienados son indiscutibles; y hay, en segundo lugar, una forma de delirio agudo, puramente nervioso, comparable al delirio famélico, que, en lugar de acompañarse de síntomas inflamatorios, ofrece signos evidentes de anemia y de debilidad.

En este, en efecto, no hay elevacion de la temperatura y el pulso es pequeño y á veces frecuente, lo cual indica que la excitacion cerebral no es de carácter esténico, sino debida á la debilidad y á la anemia. La primera forma del delirio agudo es, por consiguiente, comparable á la parálisis general, mientras que la última constituye un estado frenopático mucho menos grave y análogo á la manía.

El estado crónico de la manía puede ser primitivo; pero, por lo comun, es una terminacion del estado agudo.

No tenemos precision de repetir los síntomas que anuncian este estado, puesto que los hemos expuesto de un modo especial al tratar de las terminaciones de esta vesania; bastará que recordemos que la cronicidad se caracteriza: por la declinacion de las facultades intelectuales; por la uniformidad de los conceptos, que contrasta con la primitiva movilidad de las ideas; por la monotonía del lenguaje; por la menor intensidad ó total ausencia de alucinaciones é ilusiones; por la menor violencia y menor desórden de los movimientos; por la apatía ó indiferencia moral; por la completa normalizacion de las funciones tróficas y por las alternativas de delirio y tranquilidad que presenta el alienado.

En algunos maniacos constituidos en estado de cronicidad, se declaran un delirio y agitacion permanentes, esto es, sin remisiones ni intervalos de tranquilidad; entonces el enfermo enflaquece extraordinariamente, y pudiera creerse que le amenaza de cerca el marasmo; no obstante, la experiencia enseña, que estos alienados persisten largo tiempo en este estado, y, á no sobrevenir alguna enfermedad accidental, no mueren hasta que han pasado á la demencia.

Manía mixta, híbrida ó constitucional.—Así como en la manía simple, en medio del general desórden de las funciones cerebrales, hemos visto culminar sobradamente las alteraciones de la inteligencia que constituyen el delirio, en la especie que vamos á estudiar, los trastornos intelectuales, sin dejar de existir en absoluto, son poco pronunciados y aun á veces tan difíciles de descubrir, que algunos frenópatas, siguiendo el ejemplo de Pinel, la han designado con el nombre de *manía sin delirio*. Esta relativa aparente normalidad de la inteligencia, que da lugar á que el conjunto de la enfermedad ofrezca una sorprendente mezcolanza de locura y de razon, es el primero y el mas característico hecho sintomatológico que determina la especie frenopática de que tratamos. A esto hay que agregar una condicion no menos importante, y es que el trastorno frenopático no aparece como un hecho accidental en la vida del enfermo, sino que viene á ser el término natural de una evolucion dinámica, inherente á determinadas condiciones de organizacion, cuyos modos de ser funcional y anatómico se dibujaban desde los primeros tiempos de la existencia, en términos de poder predecir, con grande antelacion, la aparicion de la vesania. De ahí

que las locuras incluidas en este grupo, puedan tambien llamarse *constitucionales*, ó *diatésicas*.

Dos formas frenopáticas constituyen la especie que estudiamos, á saber: *la manía razonadora* y la *manía impulsiva*.

Manía razonadora.—Es la *manía sin delirio* de Pinel, así llamada porque, en medio de la perversion de las funciones afectivas y de las violentas impulsiones que llevan al enfermo hasta el furor sanguinario, las facultades intelectuales parece no sufren alteracion sensible.—Prichart, considerando que no falta delirio en esta vesania, le dió el nombre de *locura moral*.—Esquirol la consideró como una variedad de la *monomanía*, que se distingue por la perversion de los hábitos, del carácter moral y de las afecciones.—Marcé, que, como Esquirol, cree que esta afeccion es una monomanía, admite dos formas: una *instintiva*, en que los actos violentos dependen de un trastorno primitivo de la voluntad, y otra *razonadora*, en que los impulsos obedecen á un motivo intelectual ó de asociacion de ideas.—Falret y Hunke negaron terminantemente la existencia de manías sin delirio.—Escipion Pinel, que atribuye esta locura á la perversion de los instintos y afecciones, la llamó *manía del carácter*.—Brierre de Boismont, creyendo que la lesion reside en las facultades determinativas de las acciones, la dió el nombre de *locura de accion*.—Para Trelat es una variedad de la *locura lúcida*.—Calmeil se esforzó en distinguir dos variedades en esta misma especie: una en que los actos del enfermo son dirigidos por alucinaciones ó perversiones de la afectividad y tienen su análogo en la *monomanía*, y otra en que no aparece el menor trastorno ni en las facultades intelectuales ni en las afectivas, y esta se aproxima á la *manía razonadora*; para esta, puédese, si se quiere, conservar el nombre de *manía sin delirio*, pero no olvidando que estos maniacos en nada se parecen á los maniacos comunes.—Grisolain, que, como Pinel, admite la manía sin delirio, distínguela de la manía razonadora por el mayor grado de excitacion.—Para Dagonet, la manía razonadora se caracteriza por una tendencia irresistible á toda suerte de movimientos.—Marcé, á imitacion de Esquirol, admite una *monomanía razonadora* y una *manía razonadora*, que no es mas que la *exaltacion maniaca*.—Griesinger niega la manía sin delirio, pues no hay impulsion que no tenga su móvil en una idea; admite, no obstante, la *manía razonadora*, que es aquella en que hay menos desórden intelectual, subsistiendo, por consiguiente, la coherencia de las ideas.—Delaisauve llama *pseudo-monomanías* á todos los casos considera-

dos de manía sin delirio y de manía razonadora y añade que es un *delirio parcial difuso:* el delirio es *parcial,* porque quedan expéditas las operaciones intelectuales, cosa que no sucede en el delirio general; y es *difuso,* porque, al paso que en las monomanías las ideas son fijas y circunscritas, en el caso de que se trata son inestables, confusas, erráticas y raras veces aisladas y uniformes, aumentando, disminuyendo, desapareciendo y cambiando de forma, dejando la duda en el espíritu, que discierne y aprecia el estado morboso.—Morel llama *locura de los actos* á esta forma de la manía, declarando empero que no falta en ella delirio intelectual y que este es la causa de la perversidad de las acciones: las acciones perversas ejecutadas sin impulso delirante, constituyen el crímen. El autor que acabamos de citar y Julio Falret consideran que la manía razonadora es casi siempre de orígen hereditario, y que la aptitud para padecer esta afeccion, se manifiesta, desde la infancia, por ciertas anomalías y extravagancias del carácter, que distinguen á estos niños de todos los demás de la misma edad. Creen tambien los citados autores que la manía razonadora, no es una entidad frenopática especial, sino que el conjunto nosológico que la caracteriza, no es mas que una reunion arbitraria de fenómenos correspondientes á diversos estados patológicos de la mente; fenómenos que constituyen la transicion entre las anomalías del carácter todavía compatibles con el estado fisiológico, y las perturbaciones morbosas de la inteligencia. En tal concepto, establecen ocho variedades de la manía razonadora, que son: 1.° la *exaltacion maniaca;* 2.° el *período de exaltacion prodrómica de la parálisis general;* 3.° la *locura histérica;* 4.° la *hipocondría moral, con ó sin nocion de su estado;* 5.° la *manía de la duda;* 6.° *algunos delirios de percepcion mal sistematizados* y *en via de evolucion;* 7.° los estados *de perturbacion mental mas especialmente ligados al influjo hereditario* y 8.° los *actos muy fugaces de manía transitoria, de forma razonadora.*

En contraposicion á las ideas de Falret, Compagne sostiene que la manía razonadora es una especie del género manía, simple, esencial, primitiva, idiopática, y por lo menos, tan definida como cualquiera otra afeccion mental. Añade que, en la manía razonadora, no hay jamás perversion de la sensibilidad moral, pues los trastornos de la afectividad son siempre consecutivos á una alteracion de la inteligencia, que por cierto en estos sugetos tiene cortos alcances.

Aun cuando hay delirio intelectual, estos enfermos no sufren

alucinaciones; la afeccion es mas bien de defecto que de perversion de las disposiciones psíquicas. No solo reconoce una influencia hereditaria, sino que en la estructura craniana de estos enfermos, se nota deformidad, siendo su cabeza pequeña, como en los imbéciles, por lo que puede considerarse como una *imbecilidad parcial*. El Dr. Compagne describe tres tipos de manía razonadora: el *orgulloso*, el *egoista* y el *envidioso*. Los maniacos razonadores de *tipo orgulloso* son irritables, violentos, pendencieros, de amor propio muy vidrioso é indisciplinables y no acatan otra voluntad que la propia. Su mayor felicidad consiste en considerarse dechados de todas las perfecciones y virtudes; y sin embargo, atesoran los mas repugnantes defectos: son chismosos, embusteros, suspicaces, malévolos, perezosos, disipadores, improvidos, desordenados, presuntuosos, zumbones, vanidosos, poltrones, malvados y supersticiosos. A los del *tipo egoista*, Compagne les asigna los siguientes atributos: son, dice, ásperos, ariscos, difíciles de tratar, exigentes, intolerantes, y de una susceptibilidad sin igual, por lo que no hay quien no los deteste. No encuentran bien hecho sino lo que de ellos procede; sus modales son bruscos é incultos; no toleran la menor oposicion, pues, por poco que se les contraríe, montan en cólera y disputan con todo el mundo. Su inteligencia, bastante limitada, no se ejercita sino dentro del área de sus mezquinas pasiones, lo cual, empero, no es obstáculo para que se crean aptos para todo. Frecuentemente tienen accesos hipocondriacos, pero estos son menos violentos que en los orgullosos. El *tipo envidioso*, mas comun en las mujeres que en el hombre, ha sido descrito por el Dr. Linas (1) en los siguientes términos: «Siempre ojo alerta, el maniaco envidioso y celoso no pierde palabra ni accion de las personas que le rodean, á fin de encontrar motivos de crítica, de queja ó de burla. Impulsado por su carácter quisquilloso, siente una necesidad incesante de contrariar ó atacar á alguien. La ruindad y el odio vienen á favorecer los efectos de la envidia, y hacen á los maniacos de esta categoría, si no temibles, á lo menos excesivamente desagradables. Pronunciar una palabra indirecta, humillante ó altamente ofensiva, constituye para ellos un placer irresistible, una dicha inefable..... El maniaco envidioso es expansivo, cuando le conviene reaccionarse; de lo contrario, permanece tranquilo en un rincon, para observar cuanto pasa en derredor.

(1) *Dictionnire des sciences medicales, art. manie.*

Sus facultades intelectuales están armónicamente apropiadas á las necesidades de su carácter: muy notables cuando operan en sentido de los celos ó del egoismo, carecen de vigor y de fijeza en los demás casos. Los maniacos envidiosos son los representantes de la *especie ponzoñosa* de los alienados.

Manía impulsiva.—Así se llama á la manía en que predominan los desórdenes de la voluntad.—Señalada por Pinel, Esquirol la comprendió entre las *monomanías*, denominándola *monomanía instintiva*, opinion profesada por Marcé, Georget y Marcé, y combatida por los dos Falret y por Morel. En efecto, si bien es cierto que en algunos de estos enfermos su afeccion se caracteriza por una inclinacion en un sentido fijo é invariable, como un delirio parcial, en la mayoría de ellos la impulsion varía de objeto á medida de las ideas delirantes y de las impresiones que recibe el enfermo, así que las impulsiones pueden ser homicidas, incendiarias y suicidas en un mismo sugeto. Por otra parte, á pesar del gran predominio de la impulsion de la voluntad, no puede negarse que casi constantemente va acompañada de alteraciones de las facultades intelectuales y afectivas, y que cuando el alienado cede á sus impulsos, no solo queda vencida su voluntad, sino que las demás facultades sufren una grande obnebulacion, ó parálisis, lo cual prueba que el delirio no está circunscrito, sino que es general, como en la manía.

Como la manía razonadora, la manía impulsiva reconoce en su orígen, no solo un influjo hereditario, si que tambien una constitucion neuropática y una organizacion cerebral defectuosa. Frecuentemente va asociada á alguna neurosis convulsiva.

Manifiéstase por accesos intermitentes irregulares, que unas veces aparecen sin provocacion conocida, mientras que en otros casos parecen determinados por impresiones subjetivas ú objetivas, como una contrariedad, una viva emocion, una ilusion ó alucinacion, la vista de determinadas personas, un exceso de alcoholismo, etc.

A consecuencia de ataques epilépticos, esta manía suele aparecer de un modo súbito: el enfermo se halla entonces dominado por un incontrastable impulso de inferir daño, incendiando, hiriendo ó matando. En otras ocasiones, el delirio instintivo va creciendo á proporcion que los conceptos delirantes se amparan del entendimiento, y por lo comun va precedido de manifestaciones evidentes de una lucha que el enfermo sostiene consigo mismo, para resistir á tales impulsos, cuyas consecuencias le aterran. Vésele inquieto, agitado, descompuesto el semblante,

sombrío y taciturno, huyendo del trato de los hombres, buscando la soledad y cobrando irresistible aversion al trabajo. Conociendo la impulsion morbosa que va á apoderarse de su voluntad, se esfuerza en resistirla y aun á veces logra la victoria, en cuyo caso el ataque se detiene en su período prodrómico. Por lo comun, empero, el impulso morboso es mas potente que la resistencia que opone la razon, y entonces, vencida la voluntad, perdida la libertad moral, el enfermo consuma la accion que tanto reprobaba en el fondo de su conciencia. Es de notar que, que al paso que algunos maniacos, al ejecutar la accion impulsiva, aparecen en estado de furor maniaco, hay otros que dan cima al atentado con la mayor tranquilidad. Consumado el acto, cesa la impulsion morbosa y no es infrecuente que, en pos de esto, el enfermo recobre la razon y se entregue sin resistencia á los que quieran apoderarse de él. Todos tienen conciencia del acto, pero no en todos son iguales los sentimientos: así, al par que algunos quedan sumidos en una especial indiferencia, otros se sienten acometidos de pesares y remordimientos; todos, empero, declaran, que una fuerza superior á su voluntad les ha conducido á la accion criminal y hasta algunos confiesan que, si no se les vigila, no podrán en lo sucesivo dejar de obrar del propio modo. En otros maniacos la satisfaccion del impulso morboso no va seguida del restablecimiento de la razon, sino que, por un tiempo mas ó menos largo, queda un estado de estupor, en el que el enfermo no conserva sino un vago recuerdo del suceso, y de cuando en cuando aparecen síntomas de exaltacion frénica.

Cuanto el conocimiento de las locuras impulsivas interesa al médico forense, no hay siquiera necesidad de ponderarlo; basta decir, que los anales de la criminalidad están atestados de casos de esta índole, de los cuales, por no multiplicar ejemplos, bastara referirnos al que hemos expuesto en la página 179.

Pronóstico.—No repetimos aquí lo que hemos expuesto, en forma aforística, al tratar del pronóstico en general de las enfermedades mentales adonde remitimos al lector, página 246; pero, especializando algun tanto este punto, diremos:

1.° Que, considerado en general, el pronóstico de la manía es favorable; puesto que, segun Guislain, de cada 10 enfermos, resultan siete curaciones.

2.° Que la curacion de la manía puede tener lugar de tres maneras, á saber: de un modo súbito, como en la manía transitoria y en algunas manías impulsivas; por disminucion progresiva de los síntomas, que es el caso mas comun, y por la aparicion de un

período melancólico, semejante al estado prodrómico de esta misma enfermedad.

3.° Que la manía agudísima, ó delirio agudo vesánico, casi siempre termina por la muerte, entre el quinto y el décimo dias.

4.° Que al final del primer trimestre, es cuando se observan mayor número de casos en que se inicia la declinacion de la manía; que esta terminacion es tambien muy frecuente al espirar el primer semestre y tercer trimestre; que tambien se ven algunas curaciones al cabo del año, de año y medio y de dos años, y que son muy raras las curaciones despues de un bienio.

5.° Que cuanto mas violentos y frecuentes son los accesos, menos duradera es la enfermedad.

6.° Que cuando el enfermo habla mucho y no ejecuta acciones violentas, debe pronosticarse una larga duracion de la enfermédad.

7.° Que cuando aparece una rápida mejoría, en que el enfermo se muestra muy alegre y satisfecho de su curacion, debe recelarse una próxima recaida.

8.° Que, al contrario, se podrá pronosticar favorablemente, cuando el enfermo vuelva á sus antiguas inclinaciones y afectos, reconozca su enfermedad y se dé cuenta de los errores de su juicio.

9.° Que habrá indicios de que la manía pasa al estado crónico, cuando el delirio pierde su intensidad, se regularizan las funciones tróficas y asoma la incoherencia de las ideas.

10 Que la manía, en el estado crónico, es difícilmente curable y, por lo comun, viene á parar á la demencia.

11. Que cuando decrece lentamente la excitacion y las ideas se circunscriben, pero persisten durante mucho tiempo una idea delirante ó ciertas alucinaciones, hay que temer que la enfermedad se encamina á la monomanía.

12. Que las recidivas son bastante frecuentes en la manía, reapareciendo la enfermedad al cabo de uno, dos ó más años, ya de un modo espontáneo, ya por el influjo especial de ciertos agentes. La recidiva es muy de temer cuando hay propension hereditaria, vicios de conformacion craniana ó hábitos alcohólicos.

13. Que no es raro observar que en la declinacion de la enfermedad sobrevenga una suspension de la mejoría y aun una ligera recrudescencia, que suele disiparse al cabo de dos ó tres dias.

14. Que, cuando, en el estado general del maniaco se marca una especie de caquexia, con enflaquecimiento y palidez del rostro, es señal de que la afeccion será larga.

15. Que es relativamente rara la terminacion de la manía sub-aguda por la muerte. Esquirol, entre 1,200 casos, solo observó 20 defunciones en el estado de manía simple.

16. Que algunos maniacos afectados de excesiva agitacion y de delirio furioso, mueren por agotamiento nervioso, estado que constituye lo que el Dr. Bukuill llama *síncope asténico.*

17. Que raras veces los maniacos mueren por hemorragia cerebral; pero que no dejan de ser frecuentes en ellos las congestiones y los reblandecimientos parciales del cerebro, que dan lugar á convulsiones epileptiformes, próximamente seguidas de muerte.

Anatomía patológica.—Nada tenemos que añadir á lo expuesto en la pág. 273 relativamente á las lesiones propias del *delirio agudo vesánico*, tan magistralmente estudiado por Calmeil. En la manía aguda, las alteraciones anatómicas son de carácter vascular y, aun cuando, en sentir de muchos manígrafos, las lesiones cadavéricas no expliquen los fenómenos propios de esta afeccion, todos convienen en que la fugacidad propia de las alteraciones hiperémicas, es la causa de que, despues de la muerte, los vestigios anatomo-patológicos no guarden proporcion con la intensidad de los síntomas. Lo que hemos dicho al tratar de la anatomía patológica general de las enfermedades mentales, pág. 120, y la interpretacion fisiopatológica que hemos dado á los síntomas de la manía aguda, pág. 361, nos dispensan de entrar en mas pormenores.

Respecto á la anatomía patológica de la manía crónica, sucede, por razones análogas á las antedichas, que frecuentemente no se ve ninguna lesion cerebral bastante á dar razon del estado morboso. En muchos casos, sin embargo, se presentan vestigios indudables de antiguos estados flegmásicos y congestivos, tales como: obliteraciones fibrinosas de los senos de la dura-madre; opacidad y engrosamiento de la aragnóides; derrames serosos, pseudo-membranas, depósitos fibro-plásticos y manchas de color lechoso en la hoja parietal de la serosa; aspecto varicoso ó aneurismático de los vasos de la pia-madre; disminucion del volúmen de la masa cerebral, de modo que las circunvoluciones están como coarrugadas; anemia y reblandecimiento de la sustancia gris; esclerosis de la sustancia blanca, en particular de los centros de los hemisferios; atrofia del trigono cerebral y del tabique trasparente; aspecto granuloso de la superficie de los ventrículos y, en ciertos casos, focos apoplécticos, enquistados ó difusos.—Como se ve, todas estas alteraciones son

consecuencias mas ó menos inmediatas de la congestion ó de la inflamacion, por lo cual creemos estar en lo verdadero al consignar entre los caractéres del órden de las locuras á que pertenece el género de la manía, la naturaleza vascular de las lesiones anatómicas (1).

Tratamiento.—En el capítulo XVIII, pág. 264, dedicado á la *Terapéutica general de las enfermedades mentales*, quedan expuestas las bases del tratamiento de la manía y emitido nuestro juicio sobre la eficacia de los diversos recursos, así físicos como morales, que se han empleado contra esta vesania. En este lugar, por consiguiente, podremos concretarnos á la exposicion de algunos pormenores que dejarán esclarecido el punto.

---

(1) Hasta el presente no se habian estudiado las cardiopatías desde el punto de vista de su influencia en los trastornos mentales; los autores se habian fijado en las alucinaciones y los conceptos delirantes que se observan en los sugetos afectados de estrecheces de los orificios, con palpitaciones del corazon. Sancerotte cita cinco observaciones de este género, y el mismo Morel declara que, con mucha frecuencia ha podido referir la causa primordial de la locura al trastorno cardiaco. Todo esto es cierto; pero los trabajos del Dr. Voisin acaban de derramar abudante luz en este punto, estudiando y trazando la historia de la *locura por ateroma arterial*, esto es, las vesanias cuya causa esencial consista en una trasformacion ateromatosa de las arterias del cerebro, frecuentemente iniciada en el corazon. Las lesiones que se han encontrado en el encéfalo de los afectados de locura por ateroma arterial son: 1.°, en las arterias principales y medianas, numerosas placas de un blanco-amarillento, de materia ateromatosa; 2.°, en algunos puntos las túnicas habian sufrido una completa trasformacion calcárea. Al microscopio, se veian importantes lesiones de los vasos capilares, de las meninges y del cerebro; estas lesiones, que consistian principalmente en granulaciones grasientas, en especial en el sitio de las bifurcaciones, ocupaban sobre todo la vaina linfática; notábanse pequeñas granulaciones diseminadas por la pared, cuya trasparencia no habia disminuido. De estas alteraciones resultaba una isquemia mas ó menos completa en las partes periféricas de estos mismos vasos, pues en estas regiones, á simple vista pálidas y descoloridas, apenas se veian corpúsculos hemáticos. Continuando estos trastornos de la circulacion, los elementos anatómicos de la sustancia nerviosa sufren las consiguientes lesiones de nutricion; las células grises se coarrugan, pierden su trasparencia y se llenan de granulaciones de grasa y quedan exhaustas de mielina, en cuyo caso los mas fuertes aumentos apenas permiten percibir los tubos de comunicacion; descúbrense al propio tiempo en la preparacion algunos exudados hemáticos, que parece deben atribuirse á una hiperemia pasiva, dependiente del obstáculo circulatorio.

Segun el Dr. Voisin, las alteraciones secundarias de la isquemia por ateroma son extraordinariamente análogas á las descritas por Luis y Marcé como propias de la demencia senil; hasta el punto, dice, que estos enfermos parecen afectos de sensilidad en la edad adulta.

Los síntomas que caracterizan la isquemia por ateroma, constituyen un proceso fisiopatológico, cuyos hechos se encadenan lógicamente. Habiendo células cerebrales que han experimentado la necrobiosis, aparece falta de unidad en la accion de aquellas; de donde la incoordinacion de sus diferentes actividades: cada una de ellas, por decirlo así, ejecuta su funcion de un modo individual é independiente. Faltando las comunicaciones, por hallarse destruidos los tubos que anastomosan las células entre sí, cada una de estas se hace asiento de una actividad autonomática y nacen ideas incoherentes que acrecientan los dominios de la imaginacion, y como el pensamiento estriba casi por completo en la reviviscencia de ideas é impresiones antiguas, el delirio de estos alienados revela los su-

Las *indicaciones* que pueden presentarse en la manía, son: 1.°, afianzar la seguridad del enfermo, para que no se pueda inferir daño ni causarlo á otros; 2.°, rodearle de condiciones de calma y tranquilidad, que moderen su exaltacion frénica; 3.°, reveler la estenia cerebral hácia el intestino ó el tegumento exterior, por los eméticos ó los purgantes y por los baños frios ó calientes; 4.°, calmar la sobrexcitacion de los centros nerviosos, por medio de los hipnóticos y de los neurosténicos; 5.°, prevenir ó combatir, por medio de moderadas emisiones sanguíneas locales—rara vez generales—la hiperemia cerebral; 6.°, cuando la enfermedad está adelantada, excitar la actividad funcional de la inteligencia, de

---

cesos de su vida anterior, y los sentimientos é ideas que eran habituales en el individuo. No obstante, si las lesiones arriba expresadas, en vez de radicar en la capa cortical de los hemisferios, se efectúan en uno ó mas núcleos de los tálamos ópticos, aparecerá un delirio sensorial, con alucinaciones é ilusiones, que no podrá menos de retumbar sobre las regiones mas elevadas de la sustancia cortical.

Cuando las lesiones del cerebro vienen á determinar la necrosis de las células y de los tubos, así como la obstruccion de los vasos, aparece la locura sistematizada ó la demencia.

Hay signos físicos que revelan palmariamente el ateroma de las arterias: la piel es de color pálido-amarillento, la temperatura baja, escasea el sudor, se observa el círculo senil en las córneas y, en general, el peso del cuerpo es mucho menor que de ordinario. Al lado de estos síntomas, hay los de la auscultacion del corazon, aorta y carótidas, consistentes en soplos especiales, los trazos sumamente bajos que marca la aguja esfigmográfica y las flexuosidades de la arteria central de la retina, que frecuentemente descubre el oftalmoscopio.

El Dr. Voisin describe dos formas de la locura por ateroma arterial: en la primera, llamada *sensorial*, las alucinaciones é ilusiones de la sensibilidad, así especial, como general, abren la escena morbosa y dominan todo el cuadro sintomatológico; al paso que en la segunda, que podria denominarse *intelectual*, la alienacion se caracteriza por el delirio de las ideas y por los errores de la imaginacion. Estos enfermos, á diferencia de los afectados de delirios parciales de cualquier otra clase, no tienen aficion al trabajo y si hacen algo, consiste en cosas fútiles y sin objeto. Se les ve ir y venir sin motivo, pasar horas enteras sentados en el suelo, en la inaccion mas absoluta y solo ocupados por sus ideas de persecucion ó por sus alucinaciones; sin tener delirio de grandezas, algunos se engalan con los mas ridículos adornos; su moral está adormecida, nada les interesa ni les preocupa; solo atienden á sus alucinaciones, por lo cual es comun oirles hablar solos y en voz mas ó menos alta, segun la intensidad de las alucinaciones. La misma inercia se observa de parte de la sensibilidad moral: no les entristece la muerte de sus parientes mas cercanos, ni manifiestan deseos de verlos, y sin embargo, nada hay que reprochar en su memoria, durante mucho tiempo, esto es, mientras no llega la demencia, resultado necesario de la degeneracion grasienta de los elementos cerebrales, ó la locura sistematizada con los síntomas que expondremos mas adelante.

El pronóstico de la *locura por ateroma arterial* es muy grave, aun desde un principio, por la tendencia á la locura sistematizada y á la demencia, y porque no poseemos medio alguno para luchar contra el ateroma de las arterias, que tiene una marcha siempre creciente. Solo al principio de la enfermedad, es decir, cuando las lesiones son puramente de carácter vascular, pueden reportarse algunas ventajas de la medicacion tónica, consistente en el empleo de los ferruginosos, del alcohol, de la hidroterapia y de una alimentacion restauradora. Mas adelante nos hallamos ya en el mismo caso de la demencia senil, y todo es inútil.

la sensibilidad moral y del sistema muscular; 7.°, atender á los aparatos de la vida trófica; 8.°, no olvidar las causas de la enfermedad, y 9.°, no perder de vista que la naturaleza, por sí sola, frecuentemente basta para conducir á la curacion á la manía.

El *aislamiento* y la *secuestracion* son los primeros indicados en la terapéutica de la manía, y con ellos se cumplen los siguientes objetos: precaver al enfermo contra el daño que podria causarse en su exaltacion y agitacion; sustraerle al trato social, para que no pueda causar daño á los demás y para que, cesando de obrar en él las influencias morales en medio de las cuales se ha iniciado y desplegado la vesania, quede interrumpida la cadena etiológica, realizándose por esta via la indicacion causal, y por último, colocarle en condiciones abonadas para que en su espíritu renazcan la tranquilidad y la calma. Esta medida, para que sea eficaz, es preciso que sea adoptada tempranamente, pues la experiencia enseña que los maniacos que pasan lo mas agudo de su delirio sin el debido tratamiento manicómico, resisten mucho mas á la curacion que los que son conducidos al asilo desde las primeras manifestaciones.

La *habitacion* del maniaco debe ser regularmente espaciosa, sencillamente amueblada y privada de adornos ú objetos que puedan ser fácilmente destrozados ó con ellos herirse el alienado. A menos de un delirio de accion muy violento, no deben emplearse medios de sujecion, y hasta es conveniente que el enfermo pase largas horas al aire libre, en libertad de espaciar sus impulsiones hiperfrénicas. Cuando la agitacion es tan excesiva que constituye una amenaza para el enfermo ó para los que están próximos á él, es indispensable la sujecion por medio del cinturon con guanteletes, la camisa de fuerza ó las trabas y aun la reclusion celular en el cuarto acolchado.

Los *baños tibios*, mas ó menos prolongados, cubierta la cabeza con paños mojados en agua fria ó con irrigacion contínua, como propone Brierre de Boismont, figuran en primera línea entre los medios sedantes de la agitacion y delirio maniaco.

De los *baños tibios prolongados*, de cuya administracion y efectos nos hemos ocupado extensamente en la página 283, ha dicho Marcé que no carecen de peligro, pues, además de que la sedacion que no se obtiene por un baño de tres ó cuatro horas de duracion, no resulta de otro de diez ó quince horas, una estancia tan prolongada, abate extraordinariamente las fuerzas del alienado. Respecto al *baño frio general*, véase lo dicho en la página 286.

Las *duchas frias* tienen en la manía, mas bien un efecto moral que una accion física. El efecto moral consiste en servirse de ellas como medio de represion ó para causar una sorpresa, una impresion de terror, amenazando al enfermo con ser asfixiado por el chorro dirigido á la cara ó á la boca. Si no produce este efecto moral, la ducha, no solo es inútil, sino perjudicial por la viva reaccion que determina en los centros nerviosos.

Las *afusiones frias* que se administran locionando, por espacio de dos á cinco minutos, el cuerpo del enfermo con una esponja empapada en agua fria, pueden ser útiles, por cuanto provocan una reaccion sobre el tegumento; pero si no hay fuerzas para la reaccion, pueden causar graves daños.

La *hidroterapia* comprende recursos que, aplicados por mano experta y en conformidad con indicaciones bien fundadas, pueden proporcionar considerables utilidades. En *Nueva-Belen* echamos mano de este medio en los casos de manía crónica y en los de manía aguda con notable debilidad. Los doctores Follet, Baume y Reverthon, en el asilo de San Atanasio, de Guimper, hacen uso habitual de la hidroterapia en la locura: de 49 alienados, entre los que se contaban 17 maniacos, sometidos á esta medicacion, obtuvieron 9 curaciones y 23 paliaciones.

Rarísimas veces puede emplearse la *sangría general* en la manía: solo está indicada en el delirio agudo vesánico de forma congestiva y en los casos que el pulso marca una extraordinaria plenitud. Ya encuentran mas frecuentes aplicaciones las *emisiones locales* derivativas, por el ano, por la vulva ó por los maléolos; pero aun estas no deben prodigarse y solo los estados congestivos cerebrales pueden autorizar su empleo. Conviene no perder de vista que las emisiones sanguíneas copiosas influyen desfavorablemente en el resultado definitivo del tratamiento.

Los *eméticos* y los *purgantes* cumplen la indicacion de reveler sobre la mucosa gastro-intestinal el sobrante estímulo de los centros nerviosos, al propio tiempo que corrigen el estado gástrico-catarral, propio del período de invasion de la manía. Entre los purgantes, el áloes, la escamonea, la goma gutta, la podofilina y demás de la clase de los resinosos, deben preferirse por la irritacion que provocan en el recto. En cuanto al *tártaro emético*, empleado por Marcé, á la dósis de 25 á 50 centígramos, para obtener una hipostenizacion del delirio, no nos ha dado resultados sensibles en el corto número de casos en que lo hemos empleado.

El *opio* es, entre los agentes de la medicacion calmante, el que ha sido mas encomiado contra la manía, en términos de

haber recibido de algunos la recomendacion de medicamento específico. Nosotros, sin tributarle tanto elogio, creemos que es un poderoso remedio en los casos de manía caracterizados por decaimiento de fuerzas, ausencia de estados congestivos cerebrales, movilidad de ideas ó incoherencia. Está contraindicado, cuando el delirio es muy vivo, hay agitacion, plenitud de pulso, y turgescencia del semblante ó cualquier otro de los síntomas que indican congestion cerebral. El alcoholismo es uno de los principales indicantes del opio en la manía. Siguiendo el método de Guislain, administramos este medicamento á dósis parcas y crecientes; Foville y Legrand du Saule no recelan elevar la medicacion opiada hasta determinar fenómenos tóxicos, hasta en los casos mas agudos de manía—véase página 271.

Guislain, en determinados casos de manía, suele dar preferencia á la *morfina*. Los doctores Silva, Beirad y Vix, han curado respectivamente un maniaco con las sales mórficas administradas por el *método hipodérmico*; segun el doctor Krafft-Elwig, en el asilo de Ileneau, se dan cada año por término medio unas 16,000 inyecciones de hidroclorato de morfina. Los efectos de este alcaloide, por la via subcutánea, son sedantes, como los del opio, excepto en los casos en que la manía aparece complicada con anemia cerebral. En *Nueva-Belen* apelamos á esta medicacion cuando hay dificultades para administrar el opio ó la morfina por las vias regulares. Los efectos mas favorables de estas inyecciones hipodérmicas se obtienen en los casos de manía con neuralgias.

El *clorhidrato de papaverina* no ejerce accion directa sobre las perturbaciones intelectuales; pero, disminuyendo la frecuencia de las palpitaciones cardiacas, obra atenuando la hiperemia cerebral, causa orgánica de la hiperemia. Ha sido empleado con éxito, por las vias digestivas é hipodérmicas, por los médicos austriacos Leidesorf y Bresslauer, en 17 maniacos afectados de insomnio y accesos de furor.

Nosotros, á ejemplo de Guislain, empleamos, con buenos efectos, la *digital*, contra el delirio maniaco. La forma mas cómoda es la tintura; se apropina á la dósis de uno á dos gramos cada dia.

El *estramonio* y la *daturina* se han recomendado contra las alucinaciones que acompañan á la manía. A pesar de que hemos prescrito diferentes veces estos medicamentos, no hemos observado mejoría sensible.

Del *arsénico*, empleado segun el método que queda expuesto en la página 277, hemos obtenido efectos verdaderamente útiles,

en casos en que la congestion cerebral ó las alucinaciones complicaban la manía. Invitamos á los prácticos á que no pierdan ocasion de ensayar este medicamento, y á fin de ver hasta qué punto se confirman las observaciones del Dr. Lisle y las nuestras.

Los *bromuros* de *potasio* y de *alcanfor*, tienen especial aplicacion en los casos en que predomina el eretismo y en la manía epiléptica. El *ciano-bromuro* de *amoniaco*, en casos análogos, nos ha dado asimismo resultados bastante satisfactorios—véase página 277.

El *hidrato de cloral*, á la dósis de 2 á 6 gramos, es un excelente sedante del delirio maniaco; pero su accion es muy pasajera. Está indicado siempre y cuando convenga pedir y haya contraindicacion para el opio—véase página 277.

En la manía intermitente ó remitente, el *sulfato de quinina* nos ha dado excelentes resultados. Debe administrarse durante las remisiones ó intervalos libres—véase página 275.

Los *revulsivos cutáneos*, por mas que diga el Dr. Linas (1), no están del todo abandonados, pues encuentran aplicaciones ventajosas cuando la manía se inclina á la cronicidad ó á la demencia; pero exasperan el delirio y la agitacion en el período de agudez. El *vejigatorio* en la nuca es la revulsion mas conveniente en la manía.

El *tratamiento moral* de los maniacos debe ser diferente durante la agitacion y en los estados de tranquilidad. Mientras duran los fenómenos de excitacion intelectual, son completamente inútiles los *razonamientos* y el *consejo:* el enfermo no tiene atencion para recibirlos ni memoria para retenerlos; en cambio, la *intimidacion* puede surtir excelentes resultados; pero para esto se requiere mucha prudencia y especial tino, llevando á efecto la represion, en caso necesario, sin manifestar saña ni crueldad ni aspereza, por el mismo estilo con que el juez impone el castigo al delincuente y de modo que el médico haga sentir el peso de su autoridad. Restablecida la calma, el enfermo debe pasar á la seccion de tranquilos, apartándole de todos los objetos que puedan traer á su memoria las ideas de su delirio. Entonces es la hora de obrar en el sentido de hacerle entrar en conocimiento de su estado, de los errores de que ha sido víctima por la enfermedad, de suscitar los sentimientos de la familia, de estimularle al trabajo y de prodigarle todo género de consuelos, haciéndole entrever un porvenir de bienandanza y de satisfacciones.

(1) *Dictionaire des sciences medicales*, art. *Manie*.

CAPÍTULO XXI.

GÉNERO SEGUNDO.—MELANCOLÍA.

Definicion, sinonimia y etimología.—La melancolía—palabra cuyo valor etimológico queda expuesto en la página 37—llamada tambien *lipemanía*—de λυπεω—*yo estoy triste*—y μανια—*manía*—Esquirol—*tristomanía*—Rusk—y *frenalgia*—Guislain—es una *locura* cuyo fondo emocional morboso está caracterizado por tristeza y depresion de espíritu.

Etiología.—No puede ponerse en duda el influjo de la *herencia*: aquellos en cuyos ascendentes se cuentan melancólicos, epilépticos ó afectados de parálisis general, tienen especial predisposicion á padecer de lipemanía.

Los que en su infancia sufrieron repetidos ataques convulsivos ó accidentes cerebrales de carácter hiperémico, están asímismo predispuestos á sufrir tristeza morbosa. Los que adolecen de reumatismo crónico en el cráneo, trastornos habituales del tubo digestivo, afecciones crónicas del hígado ó enfermedades cancerosas, aquellos cuyo corazon late con escaso impulso, y por último, los impotentes, presentan condiciones orgánicas favorables al desarrollo de la melancolía.

En igual sentido obran: la *alimentacion defectuosa*, las *prácticas ascéticas* y los flujos *uterinos muy repetidos*.

El *carácter* habitualmente triste, pusilámine, desconfiado, tímido, reservado ó receloso, es condicion moral que indica particular predisposicion á la lipemanía. El *amor contrariado*, la celotipía, el ascetismo exagerado, y los escrúpulos de conciencia son influjos morales que preparan el desarrollo de esta vesania. Lo propio se puede decir de los *trabajos mentales* muy intensos y sostenidos, que crean un exceso de impresionabilidad en los centros nerviosos.

En punto á la influencia de la *sexualidad*, las estadísticas

mas recientes tienden á invalidar la opinion de Areteo y Celio Aureliano, relativa á que la melancolía es mas frecuente en la mujer que en el hombre, por mas que á primera vista parezca que la mayor impresionabilidad de aquella debiera contribuir á aumentar la predisposicion morbosa en este sentido; de los datos últimamente coleccionados resulta: que la proporcion de melancólicos correspondiente á cada uno de los sexos, varía en los diferentes paises y establecimientos.

Tambien se ha tratado de deslindar el influjo de la *edad*: desde los veinticinco á los treinta y cinco años, la frecuencia de la melancolía va en gradual aumento; desde los treinta y cinco á los sesenta y cinco, disminuye sensiblemente de quince en quince años, para aumentar de nuevo de un modo notable desde los sesenta y cinco en adelante. Puesta en relacion la edad con el sexo, resulta: que de veinte á treinta y cinco años, la cifra de melancólicos crece por igual en ambos sexos; que luego decrece en los dos hasta ochenta años, pero hay en este último período algun mayor aumento en el sexo femenino.

Los poetas han cantado la melancolía del otoño, y esa expresion de la fantasía, pasando al dominio vulgar, ha dado pié á que se creyese que, entre las *estaciones*, la autumnal era la que mas predisponia á la lipemanía. Esquirol ha demostrado que no hay punto de verdad en esta opinion, y que al contrario, si estaciones hay que ejerzan especial influjo para determinar la locura melancólica, estas son la primavera y el verano.

Tambien es del dominio público la idea de que los *paises* húmedos y hondos predisponen á la melancolía y al suicidio: todos hablan del *spleen* de los hijos de Albion y de la frecuencia de este género de locura en Grecia y en las grandes ciudades del Asia Menor y en Egipto; pero, ¿hasta qué punto este fenómeno depende de las condiciones atmosféricas, y qué parte les corresponde á la miseria, á los vicios, á la crápula y á la borrachez?

Esto es lo que convendria deslindar para formar un verdadero juicio de la accion etiológica del pais.

Sin duda influyen, dando tinte melancólico á ciertas vesanias, los *grandes acontecimientos sociales:* en tiempos de misticismo se han visto melancolías religiosas en gran número; cuando se creia generalmente en la mágia y en las artes de brujería, pulularon los endemoniados y los demonolatras; pero, ¿resulta de esto un aumento total del número de melancólicos? Lo hemos dicho, los acontecimientos públicos no influyen en las enfermedades mentales, sino dando el tinte del delirio.

El *adelantamiento de la civilizacion* ejerce una influencia distinta, segun el prisma por donde se mire: la actividad incesante de la inteligencia inherente al progreso científico, industrial y artístico; las vivas emociones que suscitan la envidia, la ambicion y las rivalidades, son influencias desfavorables para la salud mental; pero, la instruccion, difundiéndose por todas partes, combatiendo las preocupaciones, atenuando los enconos oriundos de la diferencia de religiones, multiplicando las subsistencias y las comodidades, moralizando las clases indigentes, enseñando á cobrar horror á los apetitos brutales, obra en sentido propicio para afianzar la salud del cerebro.

No está averiguada la influencia que las *profesiones* ejercen en la etiología de la lipemanía. Solo resulta que los militares son los que dan mayor número de enfermos de aquella clase, y que, entre los comerciantes, ocupan la primera línea los que se dedican á la venta de bebidas espirituosas.

Entre las *causas determinantes* de la melancolía, pueden enumerarse todas las que lo son de las enfermedades mentales en general: un abuso de bebidas alcohólicas, una emocion muy viva, un traumatismo sobre el cráneo, una insolacion, los excesos venéreos, los pesares domésticos; en la mujer, la entrada de la nubilidad, la menospausia, la gestacion y el puerperio; la miseria, las privaciones, las pérdidas de familia ó de intereses, el amor contrariado, los celos, los escrúpulos de conciencia, la lectura de ciertas novelas, etc. Aquí debe notarse que las causas predisponentes son las que juegan el principal papel en la etiología de la melancolía, y que, faltando ellas, las eventuales raras veces bastan por sí solas para determinar esta enfermedad.

Sintomatología.—Exceptuando algunos casos, bastante raros, en que la lipemanía estalla bruscamente y sin antecedentes sintomatológicos, la invasion de esta enfermedad va precedida de un *período prodrómico* ó de *incubacion*, perfectamente análogo al que suele preludiar la manía. Nótase un cambio en el carácter; el sugeto antes afable y bondadoso, se vuelve impaciente é irritable, cobra aversion ó indiferencia para el trabajo, desatiende á sus ocupaciones habituales, y muestra especial aficion á la soledad y al silencio.

Hasta aquí no hay delirio; solo se ven las negras tintas de la tristeza, sombreando el horizonte de los afectos. Llega, empero, un dia en que aparecen ideas delirantes, que consuenan con el profundo abatimiento moral que aflige al enfermo, y desde este

instante se puede contar que la locura lipemaniaca ha hecho su *invasion*. Tan pronto el paciente manifiesta un gran pesar porque cree que ha fallecido alguna de las personas de su mas entrañable afecto, ó porque ha sufrido un gran revés de fortuna que le ha sumido en la indigencia, ó le atormentan amargos remordimientos por ciertas faltas ó pecados, de que sin cesar le acusa la conciencia, ó bien se cree perseguido por la justicia bajo el peso de tremendas acusaciones, ó se considera castigado ya en vida por sus vicios y pecados, ó, en fin, se mira tan desventurado en este mundo, que para sus males no encuentra otro remedio que la muerte violenta.

A este desquiciamiento de la inteligencia, corresponde no menor perturbacion en la sensibilidad. Absorto en sus ideas y sentimientos morbosos, el melancólico no tiene atencion para las sensaciones externas, á no ser que estas sean del mismo carácter que el delirio y, por consiguiente, susceptibles de ser asimiladas por este. Si alguna impresion objetiva de distinta índole encuentra acceso, á través de los nervios de los sentidos, hasta los centros perceptivos, el cerebro la tiñe de tétricos colores, á beneficio de recuerdos tristes, súbitamente evocados, y queda trocada en ilusion melancólica. Pero, aun en la mas completa privacion de estímulos, no le faltan al delirio fundamentos estéticos, pues las alucinaciones acomodadas al sombrío cuadro de la inteligencia, brotan en profusion para acrecentar las causas del dolor moral. El que se cree arruinado, oye una voz que no cesa de repetirle que se ha perdido toda su fortuna y que su familia gime en la indigencia; el que se considera condenado, tiene visiones diabólicas y oye las trompetas del juicio final; el que tiene la idea de que sus enemigos han concertado su muerte, rehusa los alimentos, porque en todos los manjares siente olor de veneno; el que piensa que una enfermedad incurable va á terminar con su existencia, cree percibir los movimientos de un reptil que se agita en su estómago y le roe el corazon, etc., etc.

El melancólico se ve casi constantemente atormentado por el insomnio; si llega á conciliar el sueño, no tardan en asaltarle ensueños penosísimos que le despiertan, para caer de nuevo en las alucinaciones y el delirio. El delirio nocturno de los lipemaniacos, es frecuentemente *pannofóbico* y tiene carácter paroxístico: todo les aterra, y á veces es tal la viveza de las alucinaciones y tanta la sobrexcitacion ideofrénica, que el enfermo se entrega á actos de la mayor violencia.

Concentrado en sus tristes sentimientos y absorta su atencion

por las alucinaciones é ideas delirantes, el melancólico vive siempre retraido de toda relacion social y apenas deja oir su voz, si ya no es que se obstine en un completo mutismo, que á veces dura meses y aun años. En tal concepto, el melancólico constituye la mas completa antítesis del maniaco.

Raros son los melancólicos que mas ó menos no acaricien la idea de suicidarse, para poner término á sus males. La mayoría de ellos, empero, puede aun contrarestar estas tendencias por ciertos vestigios de reflexion moral; algunos realizan el atentado contra su existencia, movidos por un impulso ciego y no razonado, cual si se tratase de una perversion morbosa del instinto de la propia conservacion; otros lo hacen obedeciendo á motivos racionales que se apoyan en el delirio: en este caso se encuentran los que se suicidan para escapar de la afrenta del cadalso que les aguarda, ó para sustraerse á la persecucion de sus encarnizados enemigos; los hay que, reconociendo su estado de sin-razon, aspiran por este medio á librarse de mayores males y á su familia de mas grandes infortunios, etc.

Las *pasiones* del melancólico guardan proporcion con el profundo trastorno de su afectividad; así como en la moral del maniaco no hemos echado de ver sino grandeza, expansion y energía, aquí no encontramos sino apocamiento, temor, odio, desconfianza, sospecha y arrepentimiento, variantes todas de la tristeza ó dolor moral que anonada al paciente.

La voluntad del melancólico es tan débil para la accion, como tenaz para la resistencia: estos enfermos no tienen fuerza sino para la oposicion; no tienen voluntad sino para no querer; rehusan vestirse, levantarse, comer, andar, cambiar de sitio y procuran hacer todo lo diametralmente opuesto á lo que se les manda. Los maniacos ponen á prueba las fuerzas de los guardianes; los melancólicos parecen destinados á aquilatar la paciencia de los que les tratan.

El *hábito exterior* del melancólico da ya idea del estado de su mente. La fisonomía abatida, los párpados entreabiertos y lagrimosos, la mirada baja y fija, los surcos frontales, naso-yugales y naso-labiales muy pronunciados y el color atezado del tegumento, dan á la cara de estos enfermos una expresion de todo punto característica y un conjunto poco agradable. La tristeza, el llanto y los pesares que se experimentan en condiciones fisiológicas, lejos de influir desfavorablemente en un rostro agraciado, suelen hacerle mas interesante; no sucede así en la tristeza morbosa, pudiendo asegurarse que no hay melancólico de cara

medianamente bella. Si á estos rasgos fisionomónicos, añadimos: la posicion péndula de las manos á los lados del cuerpo, el entumecimiento, lividez y frialdad marmórea de las piernas y piés, la aspereza y aspecto deslustrado del pelo, la progresion lenta é incierta y la gesticulacion nula ó desanimada, habremos expuesto los caractéres que mas culminan en el aspecto físico del lipemaniaco.

Del langor de que adolecen las funciones de la vida de relacion, participan las de la vida vegetativa. El corazon late con escasa energía; pero el pulso es lento y pequeño, la temperatura baja, y la piel, particularmente la de las extremidades, lívida y perfrigerada, y en general sobrecargada de pigmento. Lanzada con débil impulso la sangre por la arteria pulmonar, los pulmones reciben menor cantidad de estimulante funcional que de ordinario, por lo cual la respiracion corta, rara y luctuosa, mas parece un quejido que expresa la afliccion del ánimo, que una série de movimientos orgánicos destinados á la renovacion de flúidos aéreos. A tal decaimiento de los órganos hematopéticos no puede menos de corresponder un defecto de intensidad en las combustiones orgánicas: de ahí que escaseen todos los productos de secrecion, que sea seca la piel, que el calor se halle rebajado y que el aparato digestivo presente importantes alteraciones, á saber: anorexia, lengua expúrca, perversion del gusto, náuseas, dolores abdominales y tenaz extreñimiento, perturbaciones que raras veces dejan de acompañarse de estados hiperémicos sub-agudos de la mucosa intestinal. Un hecho notable, que en este punto distingue la melancolía de la manía, estriba en que los trastornos digestivos que en esta última aparecen en el período prodrómico para desvanecerse á medida que se acentúan el delirio y la agitacion, en aquella subsisten frecuentemente mientras dura la enfermedad mental y aun los síntomas frenálgicos se agravan á proporcion que se exaspera la dispepsia.

La interpretacion patogenética de este cuadro sintomatológico, se deduce de las nociones que tenemos acerca de las propiedades fisiológicas específicas de los elementos anatómicos del cerebro y de sus íntimas conexiones anatómicas y dinámicas. La alteracion primitiva recae sobre las células afectivas, y ellas son las únicas perturbadas al principio de la enfermedad; luego su sobrexcitacion trasciende á las células intelectuales, á las cuales están unidas por prolongaciones fibrosas, y resulta el delirio adecuado á la naturaleza de la emocion dominante. Dado el

recíproco enlace de las células intelectuales de diferentes regiones del cerebro, propágase la conmocion frenálgica hasta las que conservan ideas tristes en estado de recuerdo, y de este modo, por el procedimiento de la asociacion, adquieren carácter de actualidad impresiones penosas recibidas en tiempos anteriores; provocada la funcion de las células afectivas por impresiones objetivas actuales, suscítanse recuerdos tristes, con tal intensidad, que el enfermo las objetiva y actualiza, desnaturalizando las sensaciones reales y actuales, esto es, dándoles atributos que no tienen y creando las *ilusiones*. Extendiéndose la conmocion afectiva á los tálamos, surgen sensaciones alucinatorias, que á su vez influyen sobre las células intelectuales, aumentando y consolidando el delirio. Cuando este es muy intenso, propágase la excitacion de las células intelectuales á las de la capa profunda de las circunvoluciones que, como se sabe, están afectas á las determinaciones voluntarias, y desde estas á las del cuerpo estriado, determinando impulsiones motrices, cuya intensidad es proporcional á la del delirio. Tal vez, como dice Poincaré, admitiendo las ideas de Luys, se podria decir que la espina afectiva va tambien de cuando en cuando á retumbar sobre el cerebelo. La Anatomía patológica demuestra, en efecto, lesiones en este órgano. Cuando el delirio tiene poca viveza, la conmocion cerebral queda circunscrita á las células de la capa superficial, y por consiguiente, dejan de ser estimuladas las que están afectas á las determinaciones voluntarias y las de los cuerpos estriados, que responden con excitaciones motrices de diferente índole: de ahí la *abúlia* de los melancólicos, su quietismo y un habitual silencio. Si en estos enfermos predominan los conatos de oposicion, es porque las células afectivas, dolorosamente perturbadas, tienen poca receptividad para las impresiones externas; *se sienten á sí mismos*: hállanse en el caso del músculo afectado de reumatismo que, sin estar paralizado, no puede contraerse, á causa del dolor que esta afeccion provoca. La corriente impresionadora centrípeta, penetra, pues, con suma dificultad y aun se desnaturaliza—ilusiones—á través de los aparatos cerebrales y, por consiguiente, no puede recorrer el círculo de la innervacion, hasta salir al exterior, trocada en movimiento voluntario lógicamente adecuado á la índole del excitante sensorial.

Explicado el mecanismo fisio-patológico de las perturbaciones cerebrales, no es difícil darse cuenta de los síntomas somáticos de la frenalgia, tal como los hemos razonado al hacer su enumeracion.

Marcha y *terminaciones*.—Por lo comun, la melancolía aparece como una enfermedad mental primitiva y elemental; pero puede presentarse como fenómeno transitorio en el decurso de la manía, ó como una trasformacion de esta. En el segundo de estos casos, ya sabemos que anuncia una feliz terminacion de la hiperfrenia.

Raras veces, segun dejamos indicado, la melancolía aparece de un modo súbito, sino que, por lo comun, va precedida de un período de *incubacion*, caracterizado por insomnio, inquietud, ideas tristes, desabrimiento, descuido de los deberes, indiferencia, aficion á la soledad y al silencio y reaccion moral impotente para sacudir la tristeza morbosa.

Algunos dias despues sobreviene una aparente calma, que engañaria á los poco experimentados creyendo que la enfermedad no progresará; pero á este estado subsigue otra agravacion y á esta otra remision, que tambien será poco duradera, y así succesivamente va progresando la afeccion hasta llegar al apogeo de su intensidad. Obsérvanse además oscilaciones diarias de agravacion y remision: si predomina el estupor, las exacerbaciones suelen aparecer por la mañana al despertar; si el delirio, pannofóbico, por las noches al acostarse.

Llegada ya á su período de *estado*, la melancolía puede conservar invariablemente su forma primitiva hasta la terminacion, y aun es frecuente observar que no alcance nunca los mas altos grados de intensidad, en cuyo caso no es raro que se establezca la convalecencia al cabo de un mes ó seis semanas.

La mayor parte de las *terminaciones* por *curacion*, coinciden con el segundo semestre; algunas se logran en el trascurso del segundo año y no faltan ejemplos de terminacion favorable á los tres, á los cuatro, á los cinco y aun á los seis años.

Las curaciones súbitas deben inspirar poca confianza; para que se pueda tener seguridad en el éxito, es preciso que la curacion haya venido por graduales mejorías; el enfermo tiene momentos de calma, la agitacion es menos violenta, el semblante se anima, atiende los consejos que se le dan y habla con mas confianza. Poco á poco los períodos de calma van siendo mas frecuentes, completos y duraderos; despues ya son relativamente raros los momentos de melancolía, y por último, desaparece por completo la tristeza morbosa, para dar lugar á un estado de satisfaccion y alegría. Hay casos en que la curacion es menos franca, pues durante la convalecencia subsisten algunos vestigios de las antiguas alucinaciones, que ya no hacen gran mella

en el ánimo y que se disipan al cabo de algun tiempo. Otras veces la melancolía adquiere una marcha intermitente: el enfermo está alegre durante el dia, pero apenas se acuesta, se siente acometido de la aflictiva ansiedad, que ahuyenta el sueño y le hace pedir consuelos para lograr la calma.

No es raro que, en la convalecencia, la melancolía se trueque en una forma maniaca con exaltacion festiva: entonces se observa que estos enfermos, antes tan profundamente contristados, rien con la mayor fruicion y á veces á carcajadas, por el motivo mas insignificante. Esta alegría, comparable al estado de la exaltacion maniaca, suele disiparse al cabo de algunas semanas y desde entonces el enfermo marcha sin mas obstáculos hácia la curacion. Hay casos, empero, en que esta forma expansiva no es de buen pronóstico, pues indica la trasformacion de la melancolía en manía. Se reconocerá esta tendencia, en que el enfermo, mas bien que alegre, está agitado; muévese con sobrada actividad; pregunta, grita, profiere quejas, se cree rodeado de enemigos y aun á veces es presa de verdadero delirio.

En otros casos, la *trasformacion* de la melancolía en manía se efectúa súbitamente, de manera que el enfermo sufre dobles accesos de manía y de melancolía, que se suceden sin interrupcion y que aparecen separados por un intervalo de lucidez; entonces tenemos la especie ó variedad frenopática que en estos últimos tiempos ha sido descrita con los nombres de *locura de doble forma* y *locura circular*, de que tratamos al exponer las formas de la melancolía.

Otra de las terminaciones de la melancolía es por tránsito al estado de *cronicidad*. En esta situacion, el enfermo se robustece, se nutre, recupera su aptitud para el trabajo, desaparece el tinte oscuro de la piel, duerme regularmente, y no sufre extreñimientos; á pesar de esto, la tristeza subsiste. Cuando la melancolía ha durado largo tiempo, el estado crónico puede venir indicado por síntomas diametralmente opuestos á los que acabamos de enumerar, tales como una profunda alteracion del semblante, completo descuido del aseo personal é indiferencia para todo. Todos estos fenómenos, que no tienen valor alguno, cuando la enfermedad está en su principio, son indicios de incurabilidad, cuando aparecen en época tardía.

Las perturbaciones de que es asiento el aparato digestivo en la melancolía, pueden agravarse hasta el punto de causar la *muerte*: sobrevienen infartos de las vísceras abdominales, la constipacion es cada dia mas rebelde, aparecen congestiones y flujos

hemorroidales, la nutricion se altera profundamente, aumenta la negrura de la piel y sobreviene el marasmo. Por esta via, y no por lesiones cerebrales súbitamente sobrevenidas, es como la melancolía conduce á la *muerte*. Vénse empero melancólicos que mueren repentinamente al principio de la enfermedad, sin que se pueda explicar la causa de terminacion tan funesta como inesperada.

ESPECIES Ó FORMAS DE LA MELANCOLÍA.

A imitacion de Guislain, admitiremos dos especies fundamentales en el género lipemanía: á saber la *poli-melancolía* ó *melancolía general* y las *mono-melancolías*, ó *melancolías especiales* y á estas agruparemos la *melancolía con estupor* ó *estupor melancólico* y la *locura circular ó de doble forma*, recien descrita como afeccion especial.

Melancolía general ó poli-melancolía. Esta forma mental está caracterizada por la tristeza ó depresion dolorosa en todas las manifestaciones de la actividad cerebral; su verdadera antítesis es, pues, la exaltacion maniaca, ó la manía general.

Todas las afecciones del enfermo se hallan trasformadas en sentimientos de pena: predomina el arrepentimiento, cree que ha ofendido á Dios y que ha causado la ruina de su familia; vive en la duda, vacila, no sabe qué hacer; pretende haber cometido una gran falta; ha perdido sus antiguas afecciones; no ama á sus hijos ni á su esposa, ni á Dios; ha cobrado repulsion á los sacerdotes, ó exagera el celo religioso; gime, pero raras veces llora con lágrimas; si algun melancólico llega á llorar, lo hace en abundancia extremada, y su llanto puede durar muchos meses; sus facultades intelectuales se hallan tocadas de falta de vigor; parécele al paciente que un velo le impide comprender y concebir con claridad; sus aptitudes motrices sufren una depresion correspondiente á la de la afectividad é inteligencia: por esto propende á la quietud ó se mueve lentamente y habla poco y en voz apenas perceptible. No es mas enérgica la voluntad, por lo cual es notable su carencia de toda iniciativa, así para pasear, como para vestirse, para comer, para hablar, etc. La extraordinaria hiperestesia de la afectividad, ó sensibilidad moral, derivando por completo la atencion que se requiere para las percepciones externas, da lugar á que los estímulos periféricos pasen casi desapercibidos: no siente el frio, ni el calor, ni otras incomodidades; por esto desatiende enteramente á su aseo corporal: ni se abriga, ni se lava, ni se peina,

ni come, ni bebe si no hay quien á ello le incite. La mayor parte de estos enfermos se quejan de dolores cranianos, cuyo sitio, intensidad y carácter son variables: algunos adolecen de cefalalgias gravativas, occipitales ó frontales; otros de hormigueos en la piel de la cabeza; otros de pinchazos en las piernas en las manos, etc.

Inútil seria ahora enumerar los síntomas somáticos y las perturbaciones viscerales que acompañan á esta forma de la melancolía, pues estos fenómenos son precisamente los que hemos descrito al exponer la sintomatología general del género.

Melancolías especiales ó mono-melancolías.—Segun que la frenalgia, en medio de la generalizacion y difusion que es propia del género, se manifieste mas ó menos acentuada en determinado órden de funciones psíquicas, resultan distintas variedades ó *melancolías especiales*. Guislain admite las siguientes: 1.°, la *melancolía sin delirio;* 2.°, la *hipocondriaca;* 3.°, la *nostálgica* 4.°, la *amatoria;* 5.°, la *misantrópica;* 6.°, la *pannofóbica;* 7.°, la *religiosa;* y 8.°, la *desesperatoria*. Existen además melancolías *compuestas*, que resultan de la combinacion de los síntomas de la melancolía con los de la manía ó de los de varias formas de melancolía simple entre sí.

Melancolía sin delirio.—Etmullero.—*Melancolía moral, monomanía afectiva* y *lipemanía razonadora.*—Esquirol.—*Melancolía simple.*—Henrioth y *Frenalgia sin delirio.*—Guislain.—Es una vesania caracterizada única y exclusivamente por la exageracion de la afectividad; en tal concepto, corresponde al *Gemütkrankheiten* de los alemanes. La emocion moral morbosa, es una tristeza, un pesar, una ansiedad, un temor ó un terror; sin perturbacion de la inteligencia ni de los actos.

Este estado puede presentarse como una vesania esencial, ó en los prodromos de la manía ó de melancolía mas grave, ó en fin, como término de otra enfermedad mental.

Aquí la frenalgia es pura y sin mezcla de delirio. El enfermo tiene clara nocion de su estado; se estudia con especial detenimiento; reconócese faltado de energía para sacudir el sombrío velo de su tristeza; comprende que su estado reconoce orígen en una anomalía de su sensibilidad moral é intenta reaccionar contra su tristeza; pero esta sube de punto al ver que tales conatos son infructuosos. Decíanos D. A. F. de M., ilustrado profesor de latinidad: «no sé lo que va á ser de mí; mi cerebro no produce sino ideas tristes; lo que antes me halagaba, ahora me sirve de pena; cuando veo una madre con sus niños, se me presenta la

imágen de mi esposa y de mis hijos.... ¡Pobre esposa, pobres hijos! ¿Qué va á ser de ellos si yo no consigo sacudir esta fatal melancolía, que me inutiliza para el trabajo? Mi voluntad no tiene fuerza: yo me ensayo en fortalecerme y siempre salgo vencido. Quise no fumar; lo quise con toda la intensidad de que es capaz mi espíritu, y no puedo pasar un dia sin volver á mi antiguo hábito. Mis facultades morales están desquiciadas. Si la ciencia médica no remedia pronto mis males, no podré resistir á la tentacion de poner término á mis dias.»

Este relato revela en nuestro enfermo un simple trastorno de la afectividad, sin delirio y sin obtusion de la inteligencia. Ahora bien, si ha de prevalecer la definicion ampliada que hemos dado de la alienacion mental, ¿debe la manía sin delirio ser excluida del grupo de las vesanias? Creemos que, dejándose llevar de un estricto rigorismo, seria preciso decidirse por la afirmativa; mas aquí la nocion del propio estado morboso era impotente para avasallar el error patológico, y este caso está precisamente previsto en nuestra definicion—véase la pág. 35.

Melancolía hipocondriaca.—*Cerebropatía.*—Georget.—*Morotaxia cerebro-ganglionar.*—Braschet.—*Monomanía hipocondriaca.*—Dubois d'Aimiens.—*Hipocondría*—de los autores.—*Patofobia* y *monopatofobia.*—Guislain.—Esta enfermedad, que algunos autores separan del grupo de las mentales, para asimilarla al histerismo y que los modernos estudian entre las monomanías, es realmente una de las formas de la melancolía, en que la tristeza se funda en el sentimiento, erróneo ó exagerado, de un estado patológico, dando la imaginacion extraordinarias proporciones á los sufrimientos, reales ó imaginarios, que aquejan al enfermo.

No hay enfermedad mental de tipo mas cómico que la hipocondría. Esos enfermos que, despues de caldear su cerebro en libros de medicina, resultan fieros paladines de cualquier sistema médico y preferentemente de los humorales; que exageran la higiene hasta la nimiedad; que consultan el termómetro para vestirse; que miden con escrúpulo la temperatura del agua que han de beber ó en que han de lavarse la cara; que no cesan de entornar puertas y tapar rendijas, para que no filtre el aire en la habitacion; que examinan con detenimiento las sustancias alimenticias; que pesan el pan y la carne que han de comer; que fiscalizan sus deyecciones ventrales; que analizan sus orinas y que pretenden padecer los mas extraños síntomas y las mas incomprensibles alteraciones orgánicas; esos enfermos, decimos,

són verdaderos melancólicos, cuya tristeza se concentra en determinado círculo de ideas, y por consiguiente, su afeccion debe ser clasificada entre las melancolías especiales, ó monomelancolías.

Hay, sin duda, en esta afeccion una perturbacion en el sistema ganglionar que conmueve las células afectivas, retumbando consecutivamente en las intelectuales, para dar orígen á los errores de juicio que constituyen el delirio característico de esta vesania.

Guislain admite dos variedades de la hipocondría: la *corporal* y la *mental*. Los que sufren hipocondría *corporal*, creen padecer todas las enfermedades y achaques conocidos; por lo cual no hay médico cuya ciencia no consulten, ni charlatan á cuya explotacion no se sometan. En la hipocondría *mental*, de que podría ser ejemplo el caso que hemos citado como de melancolía simple—página 399—el enfermo no cesa de hablar de las grandes conturbaciones de su espíritu, de sus ensueños, de los temores que le asaltan. A esta forma mental, se aproxima la *locura de la duda*, en que el enfermo se queja del estado de irresolucion en que siempre fluctúa su espíritu; de que no sabe á qué atenerse, ni qué consejo seguir, y aun, si es mas ilustrado, cifra su mayor pena en no saber de cierto si existe ó no existe. En un jóven médico, distinguido discípulo nuestro, hemos observado una variedad hipocondriaca, á que creemos poder dar el nombre de *locura de la causalidad*. A este sugeto, hace cuatro ó cinco años, le atormenta sin cesar el *por qué* de todas las cosas. Cuando estudia, su atencion se distrae del libro, pues le asalta la gran cuestion de *por qué* estudia; si anda, *por qué* anda. Si se da á sí mismo una respuesta, viene en seguida otra pregunta: *por qué* se ha dado tal respuesta. De esta suerte, allá en su cerebro, no hay tema que no sea inagotable, y el paciente, que conoce su estado, ha sufrido y no poco por tan rara anomalía de su mente.

Por lo comun, la hipocondría es enfermedad sintomática: las afecciones del corazon, del pericardio, del hígado, de los intestinos, de los testículos, de la próstata y de la uretra, suelen acompañarse de esta complicacion. En la blenorrea, sobre todo, esta alteracion mental es muy frecuente; lo que en gran parte tiene orígen en la errónea creencia, tan difundida entre el vulgo, de que los flujos uretrales son de naturaleza sifilítica. En varios casos de este género, nos hemos visto obligados á medicar con mas energía por el trastorno mental que por la afeccion ble-

norrágica. Lo mismo hemos observado en los infartos crónicos del testículo, particularmente si hay abscesos y fístulas de larga duracion.

La hipocondría es siempre enfermedad de *marcha* crónica, y no es raro que dé lugar á profundas alteraciones de la nutricion: el enfermo adquiere un tinte sub-ictérico; asoma un círculo cianico en las órbitas; hay astriccion de vientre, eruptos muy repetidos, palpitaciones de corazon, dolores en las regiones hepática y esplénica, gastralgias, aberraciones del apetito, meteorismo, náuseas, flujos hemorroidales y enflaquecimiento general.

La prueba de que la hipocondría es una frenopatía, está en que, además de señalar por sí sola una predisposicion á las enfermedades mentales, es susceptible de trasformarse en melancolía religiosa ó demonofóbica, y aun aparecer como un estado precursor de la manía, como trastorno intermediario entre dos accesos de esta última enfermedad, ó, en fin, en la convalecencia incompleta de la manía ó de la melancolía.

Melancolía nostálgica, llamada tambien *nostrasia* ó *nostalgia*, es una variedad de la tristeza morbosa, que tiene por motivo la falta del hogar doméstico. Esta afeccion, muy frecuentemente observada entre los reclutas de la armada y del ejército, puede extremarse hasta el punto de dar lugar á profundos trastornos de la nutricion y de las vísceras abdominales, que acaban con la vida del enfermo, si no se acude oportunamente restituyéndole á su pais ó al seno de su familia.

La nostalgia desempeña gran papel, á título de pasion que sirve para ejercer una accion derivativa ó sustitutiva de las ideas morbosas, y es uno de los mejores efectos que se reportan del aislamiento y secuestracion de los alienados.

Melancolía amatoria—melancolía erótica ó *melancolía amorosa*. Esta forma de la melancolía es tan rara, que segun Guislain no se presenta dos veces entre cien alienados. Es la frenalgia que tiene por motivo un amor contrariado, produciendo en el enfermo la pasion en grado exagerado. No debe confundirse con la *erotomanía*, que se distingue por el carácter expansivo del delirio.

Melancolía misantrópica— antipática— Heinroth. — Rara en estado simple, es decir, sin ir acompañada de los demás síntomas de la melancolía general, esta forma frenopática se caracteriza por la particular aversion que tiene el enfermo á vivir en sociedad, á tratarse con los demás hombres y á concurrir á las diversiones públicas, y por la predileccion que manifiesta por la sole-

dad y el retiro. Hay misántropos que no pueden llamarse locos, y son esos sugetos que no salen sino al amanecer ó por la noche; que en su casa viven reducidos á su gabinete; que hacen de su existencia un misterio para todo el mundo, pues nadie les ve ni les oye. Si la misantropía se une á un gran fervor religioso, produce los anacoretas.

Melancolía pannofóbica.—En esta vesania, el trastorno de la afectividad consiste en un gran temor ó una vaga inquietud que domina al espíritu. El enfermo se ve asaltado de funestos presentimientos, siempre se cree amenazado de una gran desgracia, no está bien en ningun sitio, lo teme todo, de todos recela y no hay desventura que no vea cernerse sobre su cabeza. La diversidad de los objetos del temor, distinguen estas afecciones de la hipocondría.

Melancolía ansiosa ó *pneumo-melancolía*—Guislain—*Precordialangst.* (Angustia precordial).—Flemming.—Una grande agitacion, causada por una angustia en la region precordial, con ideas tristes, terrores vagos, insomnio y alteracion del semblante, hé ahí los síntomas de esta forma de la melancolía.—Una enferma de *Nueva-Belén* sufrió, por espacio de tres meses, una agitacion semejante. Durante el dia, no cesaba de ir y venir de una á otra parte de su gabinete; por la noche, cuando se le hacia acostar, no dormia; saltaba de la cama y volvia á su fatigoso ejercicio; no cesaba de suspirar, y aun cuando no hablaba, con los gestos indicaba que sentia una gran pena en el corazon. Curada, dijo que sentia realmente esta inexplicable ansiedad, y que el motivo de no querer estar acostada, era porque en esta posicion no cesaba de ver á su hijo traspasado por una espada.

Melancolía religiosa—monomanía religiosa ó *monomelancolía religiosa.*—Así se llama la tristeza patológica fundada en el temor de haber ofendido á Dios y de merecer el castigo eterno. Es una forma bastante frecuente en nuestros asilos.—Hé aquí un ejemplo: Dolores R., casada, un hermano y una tia alienados. Cree no haber percibido en dote toda la cantidad á que tenia derecho en la herencia de su padre: esto le afecta profundamente y se pone triste. En Setiembre estalla el delirio melancólico con extremada agitacion; se ve perseguida por el demonio; huyendo de esta vision, se sumerge en un lavadero, para darse muerte; se acude á tiempo, y poco despues se iba á precipitar desde una considerable altura. Siente atroces remordimientos de haber pecado; sus faltas no tienen perdon; su agitacion es extrema: se quita los vestidos; hay precision de atarla en la cama. Conduci-

da á *Nueva-Belen*, en los primeros dias experimenta alguna calma, pero no tardan en reaparecer las alucinaciones y el delirio místico. Oye que todos le dicen que está condenada; que es la *bruja protestante* y que el demonio la aguarda para llevarla al infierno. En su amarga angustia, no cesa de llorar por sus pecados y por su irremisible condenacion. No cuida de su aseo, ni de su vestido. Al principio rehusaba la comida; actualmente come bastante, desde que, con digital y láudano, se ha logrado atenuar un tanto el delirio. Lleva cinturon y guantes, pues de lo contrario se araña el cuerpo y se descompone el pelo. Se ha conseguido hacerla dormir por las noches. Sigue en tratamiento.

Melancolía demonofóbica, *demonofobia* ó *monodemonofobia*.—Esta forma es vecina de la anteriormente descrita y frecuentemente constituye una trasformacion de esta. La tristeza morbosa se funda en el temor de la condenacion eterna. Las preocupaciones religiosas, ciertas lecturas, las confesiones demasiado frecuentes y las fiestas religiosas, son las causas determinantes de esta forma mental. La *demonofobia* no debe confundirse con la *demonolatría*: en aquella, el enfermo se halla dominado por un gran terror; teme las penas del infierno; sus visiones consisten en llamas y espíritus infernales; en esta, el alienado cree que el demonio se alberga en su cuerpo y le tributa culto.

Melancolía desesperatoria.—Cualquiera que sea el objeto de la tristeza y del delirio, la melancolía puede manifestarse por una grande desesperacion, y entonces toma el nombre de desesperatoria. La manía demonofóbica es una de las que con mayor frecuencia adquiere este alto grado de intensidad.

Melancolías compuestas, *manía melancólica*, *melancolía maniaca ó tristomanía*.—Cuando los síntomas de la melancolía se asocian á los de la manía, resulta una de las formas mentales mas frecuentes en la práctica, y es la *melancolía maniaca*. La cara del enfermo denota trísteza: sus ojos se inundan de lágrimas, sus palabras expresan el sufrimiento moral, pero la mirada es atrevida, no tolera que le contradigan, anda con paso resuelto, tiene delirio expansivo, come bien y el pulso es vivo y el calor aumentado; vienen, pues, en este caso, asociados los caractéres de la manía y los de la melancolía. Hay casos en que los accesos de manía y de melancolía se suceden con regularidad, sin por esto constituir la manía circular. Tal observamos en un jóven malagueño: cada mes tenia ocho ó diez dias de estupor

melancólico; despues pasaba un período de exaltacion que duraba con corta diferencia los mismos dias y venia en seguida un período de remision bastante completo. Este enfermo fué curado á los seis meses de estancia en *Nueva-Belen*, á beneficio del sulfato de quinina.

Guislain ha dado el nombre de *rabia melancólica* á una frenalgia en que la agitacion maniaca llega hasta el furor.

La melancolía homicida, la melancolía suicida y la melancolía sitofóbica, son formas mentales compuestas, análogas á las que hemos descrito.

A estas formas ó especies de la melancolía, admitidas por Guislain, agregamos nosotros la *melancolía con estupor y la locura circular ó de doble forma.*

Melancolía con estupor; estupor melancólico, melancolía estúpida ó simplemente estupidez.—Confundida por Pinel con el idiotismo, y descrita por Esquirol con el nombre de *demencia aguda*, esta forma mental ha sido especialmente estudiada por Georget, quien la dió el nombre de *estupidez* y la consideró, no como resultado de una supresion de ideas, sino como una carencia accidental de los medios de expresion del pensamiento. Baillarger ha demostrado que, lejos de haber supresion de la actividad intelectual, bajo esta aparente obtusion de la inteligencia, se abriga un delirio vivísimo, con ilusiones y alucinaciones de la sensibilidad, con extraordinaria sobrexcitacion de carácter melancólico, y aun frecuentemente con impulsiones al suicidio. La prueba de estas aserciones ha sido sacada de los relatos de individuos que, ya curados, conservaban el recuerdo de lo que en ellos pasaba durante la enfermedad. Cierto, añade Marcé, que muchos de estos enfermos, cuando han logrado la curacion, no conservan memoria de lo que les sucedia en su enfermedad; pero, ¿no es lícito suponer que en estos casos se ha desvanecido el recuerdo de las impresiones recibidas durante el estado morboso, del propio modo que, al despertar, quedan borradas las huellas de un ensueño? De todos modos, el fondo melancólico de esta vesania parece indudable.

Los síntomas de esta enfermedad mental, son los generales de la melancolía y además un obstinado mutismo, gran depresion de todas las funciones cerebrales, é inmovilidad tan completa, que el enfermo parece una estátua; no anda sino tanto cuanto se le impele; no come, si no le introducen el alimento en la boca, y, en una palabra, nada hace sino obedeciendo á impulsos mecánicos externos. La siguiente historia, referente á un

enfermo que aun hoy dia está en *Nueva-Belen*, presentará un ejemplo de los mas notables de esta forma mental.

Ramon M., veinticuatro años, labrador hacendado, natural de la Juncosa—Lérida—carácter débil y apático,—un tio alienado.—Huérfano de padre desde su infancia, su madre quedó señora de la hacienda, y el enfermo vivia privado de toda gestion activa en los negocios de la casa. Su vida, habitualmente retirada, se reducia á ir y venir del campo. Casó á los veintiun años con una jóven de su pueblo. Surgieron disensiones entre suegra y nuera. Esta fué acusada de infidelidad con el enfermo. Desde entonces se pronunció la concentracion melancólica. Libróse una sangrienta accion entre carlistas y tropas liberales, en el pueblo en donde vivia el paciente. Al comenzar la refriega, su mujer huye y Ramon se queda en casa con su madre. Con tal motivo, recibe doble impresion desagradable: la del pánico por los tiros y la de verse abandonado por su consorte. A consecuencia de estos sucesos, la melancolía se exasperó y sobrevino el delirio, con alucinaciones. Aparecieron notables singularidades en los sentimientos: tan pronto manifestaba entrañable amor á su esposa, como la amenazaba de muerte. En sus alucinaciones, veia en las paredes caras extrañas que se mofaban de él. Atormentado por estas visiones, á veces enfurecido, pedia un arma para matar á los que le hacian tales befas ó para matarse á sí mismo; otras les ofrecia pan y vino y contemplaba tranquilo el espectáculo. Despues, el delirio y las alucinaciones cesaron de manifestarse, y lentamente se fué amparando del enfermo un profundo estupor. Cuando, hace cinco meses—en Setiembre de 1875—fué conducido á *Nueva-Belen*, á primera vista parecia un demente. El diseño 1.° de la lámina 1.ª da exacta idea de su aspecto exterior. No proferia palabra, no se movia sino en cuanto se le empujaba á viva fuerza; no comia, permanecia horas enteras en la posicion en que se le dejaba. Si se le levantaba un brazo, tardaba largo rato en volverlo á colocar al lado del cuerpo. No manifestaba sentir los estímulos mas vivos: ni la llama de una vela en el lomo de la nariz, ni los alfilerazos en diferentes partes de su cuerpo.—Duchas frias de impresion; tratamiento arsenical, purgantes aloéicos, vejigatorio á la nuca, leche, alimentacion forzada.—A los dos meses de medicacion, comenzaba á disiparse el estupor.—Hoy dia, el enfermo come bien, aunque con lentitud; habla cuando le interrogan con insistencia, mayormente ante la amenaza de la ducha. Su fisonomía se ha regularizado mucho; pasea con los demás pensionistas; muestra

alguna satisfaccion al ver á su familia. Está iniciada la convalecencia y esperamos la curacion en el término de tres á cuatro meses.

Locura de doble forma ó locura circular.—Esta forma mental, cuya descripcion, como vesania especial, ha sido obra de los alienistas contemporáneos, pero, sin duda, observada anteriormente, consiste en un estado frenopático que consta de dos períodos regulares y sucesivos: uno de excitacion mental, ó manía, y otro de depresion, ó melancolía, cuyo conjunto forma *un acceso*, con dos estadios que se repiten y alternan por un tiempo indefinido. Puede acontecer que entre uno y otro acceso medie un *intervalo lúcido*, en cuyo caso la afeccion recibe el nombre de *locura de doble forma*; ó que los accesos se sucedan sin interrupcion, y entonces se llama *locura circular*.

La succesion de los accesos maniacos y melancólicos no habia pasado desapercibida á Willis, ni á Esquirol, ni á Greisinger, ni á Guislain; pero, hasta Falret, en 1851, no se adoptó el carácter cíclico de esta enfermedad como distintivo de una forma frenopática particular, que recibió la denominacion de *locura circular*. Mas tarde, Baillarger, ilustrando este punto, demostró que los accesos de esta afeccion están formados de un período de exaltacion y otro de depresion y, que cuando hay intervalos lúcidos, estos no aparecen sino despues de la completa evolucion de este doble período, por lo cual dió á esta enfermedad el nombre de *locura de doble forma*.

Esta afeccion puede presentar tres aspectos diferentes, segun la intensidad y naturaleza de los síntomas: en la primera, que es la forma mas comun, el período de excitacion no difiere de un ataque de exaltacion maniaca, y el de depresion es perfectamente análogo á un acceso de melancolía general: durante el primer estadio, las facultades intelectuales funcionan con mas actividad que de ordinario; el enfermo habla y escribe con mas facilidad que de costumbre y concibe proyectos atrevidos; en medio de su expansion, se nota una extraordinaria benevolencia ó una excesiva irritabilidad, que puede conducirle hasta la agresion ó al furor genital. Las funciones orgánicas manifiestan aumento de vigor: el apetito es vivo, las digestiones fáciles, el pulso late con amplitud y el sugeto engorda notablemente. Al llegar el estado de depresion, ó melancólico, la escena cambia por completo: en vez de audacia, vigor y agitacion, todo es tristeza, debilidad y quietismo; el enfermo se siente incapaz de todo; la voluntad fluctúa; la imaginacion se apaga y el cerebro no produce sino

pensamientos lúgubres. Excusado es decir que, en la vida vegetativa, este estado de depresion se traduce por inapetencia, constipacion de vientre, lentitud de pulso, perfigeracion de la piel, etc., etc. En la segunda variedad de la locura circular, el período de exaltacion es tan intenso, que solo es comparable á un acceso de manía con delirio y furor, al paso que el período de depresion es tan profundo, que equivale al estupor melancólico.

Conviene, empero, observar que no siempre hay proporcion en la intensidad de uno y de otro período: así se ven períodos melancólicos con estupor, que subsiguen á una simple exaltacion maniaca, y accèsos maniacos con furor, que vienen despues de un estado melancólico simple. La tercera variedad, que por cierto es muy rara, se caracteriza por síntomas de exaltacion frénica comparable á los de la parálisis general, esto es, con delirio ambicioso y dificultades en la pronunciacion. En algunos casos este último síntoma se ha observado en el decurso del estadio melancólico.

Nada mas variable que la duracion de los accesos de la manía circular: hay enfermos en quienes se presenta un dia el período maniaco y otro el melancólico; otros en quienes cada uno de estos estadios dura varios dias, algunas semanas, y hasta un año, y es de notar que raras veces la duracion de uno de estos estadios guarda relacion con la duracion del otro. La transicion de uno á otro período puede verificarse de un modo lento y gradual, en cuyo caso, compensándose los síntomas de exaltacion por los de depresion, parece que entre uno y otro estadio el enfermo recobre la razon ó que se interponga un intervalo lúcido, como lo habia creido Falret. En otras ocasiones, el tránsito de la exaltacion á la depresion ó viceversa, es brusco y repentino. Segun hemos dicho, en algunos enfermos, entre uno y otro acceso, queda un verdadero estado lúcido, cuya duracion suele ser proporcional á la del acceso,—*locura de doble forma*—mientras que en otros los accesos dobles se repiten sin interrupcion—*locura circular*.—

La enfermedad que estudiamos puede terminar por la curacion ó por demencia. Esta última terminacion puede presentarse en pos del período maniaco, ó despues del período melancólico, ó, en fin, durante el intervalo lúcido. Algunas veces, antes de sobrevenir la demencia, la locura circular se trasforma en manía ó melancolía intermitente.

El *pronóstico* de esta enfermedad es grave, mayormente si data de largo tiempo. Los alienistas están contestes en que no

son curables sino los casos recientes. En estos, no es raro observar curaciones despues de un primer acceso.

Anatomía patológica.—Las lesiones anatómicas de la lipemanía son de dos órdenes: unas recaen en el cerebro, y son las que explican las anomalías psíquicas, y otras tienen su asiento en las vísceras del tórax y del abdómen, y corresponden á los síntomas somáticos.

Las *lesiones cerebrales* son diferentes segun se trate de la melancolía simple ó de formas complicadas. En el primer caso, aquellas son de carácter esencialmente vascular y consisten en los vestigios de una hiperemia sub-inflamatoria, que se observa así en el cerebro como en sus membranas protectoras. Estas lesiones son tanto menos pronunciadas, cuanto mas larga y mas lenta ha sido la enfermedad, y así, en los casos muy antiguos, solo se ven en las meninges algunas manchas pálidas y anémicas, habiendo desaparecido las rubicundeces y estados congestivos que existian en un principio. Cuando la melancolía se complica con parálisis general, se encuentran en el encéfalo vestigios anatómicos de la inflamacion crónica, á saber: inyecciones de la pia-madre, adherencias de esta á la sustancia gris de las circunvoluciones, que por su parte presentan un tinte rojizo, puntuacion de la sustancia blanca, adherencias de la pia-madre al cerebelo, hiperemia de estas partes y producciones pseudomembranosas en la cavidad de la aragnoides. Estas alteraciones son suficientes para demostrar, que el trastorno orgánico, en la lipemanía, no está circunscrito, sino que, como en la manía, es general y difuso, pues no solo se afecta grande extension del cerebro, sino que hasta invade el cerebelo. Las alteraciones de la motilidad y los arrebatos de agitacion de que hemos hecho mérito, corresponden sin duda á las lesiones cerebrales.

Relativamente á las lesiones anatómicas de los órganos viscerales, cabe solo decir que, con ser muy frecuentes en la lipemanía y en especial en la hipocondría, no difieren esencialmente de las propias de las enfermedades correspondientes á los diferentes órganos esplánicos. Ellas, empero, no explican las anomalías frenopáticas, por mas que los síntomas que determinan sean punto de partida de muchos errores de juicio.

La lesion cerebral que corresponde á la melancolía con estupor, segun M. Etoc-Demazy, consiste en un edema general de la aragnoides, que comprime las circunvoluciones y en la infiltracion de serosidad en la sustancia gris de estas. Estas observaciones, por desgracia, no han sido suficientemente comprobadas por

otros alienistas, para que la seductora teoría que en estos hechos se podria fundar para explicar la patogenia de la estupidez, sea definitivamente admitida en la ciencia.

Pronóstico.—Siempre refiriéndonos—como hemos hecho al tratar del pronóstico de la manía—á lo expuesto en el capítulo destinado al Pronóstico de las enfermedades mentales en general, pág. 246, para especializar el pronóstico de la melancolía, bastará llamar la atencion sobre los siguientes extremos:

1.° Cuando la melancolía ha venido inmediatamente despues de una causa moral de accion muy violenta, suele terminar por la curacion en breve plazo.

2.° Si la enfermedad depende de la supresion del ménstruo, de un flujo hemorroidal ó de una epistaxis, puede esperarse que, al reaparecer la evacuacion cesará el estado frenopático.

3.° Cuando la lipemanía está ligada á un estado visceral, su pronóstico está en relacion con la enfermedad que sostiene el trastorno mental.

4.° Cuando se apela tempranamente al tratamiento psiquiátrico, la melancolía cura con mucha mas celeridad que cuando se echa mano de la terapéutica conveniente en época tardía.

5.° No dejan de observarse casos de melancolía aguda que terminan rápidamente por la muerte.

6.° En el decurso del segundo semestre de la melancolía, es cuando suelen observarse mayor número de curaciones.

7.° No es fácil calcular la duracion probable de la melancolía en estado crónico; aun cuando esta vesania haya durado dos ó mas años, si se mantiene en estado de simplicidad y no hay decadencia intelectual, es permitido abrigar esperanzas de curacion

8.° El pronóstico de la melancolía es, en general, bastante grave, pues, además de que muchos de estos enfermos no curan, hay peligro de muerte por suicidio y no escasa propension á las recidivas.

9.° La melancolía complicada con síntomas de parálisis general, es de fatal pronóstico, pues no solo es incurable, sino que además se puede asegurar que causará la muerte del décimo al décimoquinto mes.

10. Contra la opinion de Guislain, la generalidad de los frenópatas creen que la melancolía se cura con menos frecuencia que la manía.

11. Algunos lipemaniacos logran una curacion incompleta, que les permite vivir en el seno de la familia y alternar en la sociedad, á pesar de ciertas anomalías del carácter.

12. La desaparicion brusca de la tristeza y del delirio morboso, de modo que el mismo enfermo se admira de su estado anterior y se siente satisfecho de tan feliz terminacion, indica una próxima recidiva.

13. Para tener confianza en la curacion de la lipemanía, es preciso que se haya efectuado con lentitud y de un modo gradual.

14. La doctrina de las crísis y de los fenómenos críticos, aplicada á la curacion de la melancolía, no se aviene con la práctica, pues además de que es frecuente observar curaciones sin fenómenos críticos precursores, no lo es menos ver erupciones cutáneas, sudores, flujos, etc., que no van seguidos de mejoría.

15. La primavera parece ser la estacion mas favorable para la iniciacion de la declinacion de la lipemanía, y el verano la mas propicia para que quede terminada la curacion de esta vesania.

16. De las colecciones estadísticas, parece resultar, que la lipemanía cura con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer; sin embargo, faltan datos para afianzar esta conclusion.

17. La edad en que mayor número de curaciones se observa en los hombres afectados de lipemanía, es á los treinta y cinco años; en las mujeres á los treinta y en ambos sexos á los cuarenta.

18. Cuando decrece la frenalgia, el delirio es menos vivo y las alucinaciones menos frecuentes y, sin embargo, no se declara evidentemente la declinacion, hay que temer que la melancolía pase al estado crónico.

19. Cuando al melancólico se le debilita la memoria, usa un lenguaje incoherente y el estado de calma y de indiferencia del estado crónico se trueca en delirio y agitacion, hay indicios de que se declara la demencia.

Y 20. La terminacion por la muerte, segun cálculos estadísticos, es doble mas frecuente en la melancolía que en la manía. Guislain opina lo contrario.

Tratamiento.—Las indicaciones terapéuticas de la melancolía, se reducen á las siguientes: 1.°, mitigar el dolor moral; 2.°, reveler el trabajo fluxionario de los centros nerviosos hácia el tegumento exterior é interior; 3.°, derivar las ideas y sentimientos tristes, por medio de la distraccion y del ejercicio muscular; 4.°, combatir los trastornos viscerales; 5.°, atender al estado de las fuerzas generales; 6.°, no perder de vista las causas de la enfermedad y 7.°, no olvidar que frecuentemente la curacion se establece de un modo espontáneo.

Si bien el *aislamiento* merece figurar en primera línea entre los medios destinados á cumplir la primera de estas indicaciones, la de mitigar la frenalgia—pues es preciso sustraer al paciente á los excitantes que podrian exasperar su impresionable afectividad—no en todos los lipemaniacos debe procederse á la secuestracion manicómica. Si el enfermo cuenta con medios de fortuna para ser establecido en condiciones de un aislamiento particular, en una quinta, en una casa con jardines, en donde, si conviene, pueda disfrutar de los consuelos de la familia; si la lipemanía se halla en su principio; si no hay delirio, ni extremada ansiedad, ni excesiva frecuencia del pulso, ni sitofobia; si no grita, ni destroza, ni propende al suicidio; este aislamiento individual será, sin duda, mas conveniente que la reclusion en el asilo, contando empero con que el enfermo será visitado por un médico alienista y asistido por enfermeros versados en el trato de los alienados. Inútil es decir que el que carece de considerables recursos pecuniarios no puede ser objeto de estos procedimientos.

Cualquiera que sea el lugar en donde se efectúe el aislamiento del melancólico, se le debe procurar una *habitacion* espaciosa, tranquila, alegre, penetrada por el sol y con vistas á un extenso y ameno horizonte.

El *reposo* ó *tranquilidad moral* es de todo punto indispensable en todas las formas frenálgicas. Colocado el paciente bajo la accion de potencias puramente negativas, la enfermedad recorre su marcha cíclica sin perturbaciones que la desvien en su curso, comunmente favorable; cosa que no se logra si tempranamente se pone empeño en obrar con agentes perturbadores. Es preciso que todos los sentidos y facultades del paciente entren en el mayor descanso posible. Lejos de convenirle al melancólico, en los períodos iniciales, los paseos, la música, el teatro y demás medios que se suelen emplear para *distraerle*, debe entenderse que tales estímulos les perjudican extraordinariamente, pues no hay cosa que mas acreciente su tristeza que lo que á los que gozan de de salud les causa diversion y placer. La sensibilidad del melancólico está como agobiada de fatiga, y por consiguiente, cuanto mas se pone en ejercicio, mas se propende á agravar el mal y mas sube de punto el dolor moral. Déjese á estos enfermos en el retiro y la tranquilidad, que tanto apetecen, y se habrá cumplido una de las principales indicaciones terapéuticas, cuyos efectos se tocarán mar tarde.

El lipemaniaco debe permanecer mucho tiempo en *cama:* se

acostará temprano y se levantará tarde. Acostados, estos enfermos están mas tranquilos; el calor de la cama les sustrae á la perniciosa influencia del frio; llama la sangre á la piel, sostiene la traspiracion cutánea y modera la frecuencia del pulso. Guislain, ponderando la ventaja de este recurso, dice que de ningun medio ha obtenido resultados tan satisfactorios. Conviene, empero, no olvidar que el decúbito horizontal predispone á la constipacion, por lo que es indispensable que el enfermo se levante de cuando en cuando, que dé algun paseo por su gabinete ó por un jardin, que permanezca algunos ratos sentado y que tome algun purgante.

El *opio* es, entre los agentes farmacológicos de la medicacion sedante, el que ha sido objeto de mas frecuentes aplicaciones en el tratamiento de la lipemanía. Al paso que no faltan alienistas que consideran su empleo casi siempre pernicioso, otros, y sobre todo el doctor Engelken, de Brema, no vacilan en llamarlo el *específico de la melancolía*. Esta discrepancia depende del modo y ocasion en que se ha usado este medicamento. Nosotros, que distamos mucho del entusiasmo de Engelken, podemos asegurar que en muchos casos hemos obtenido de este agente los mas plausibles efectos. Nuestra experiencia confirma los resultados de Guislain, pudiendo determinar sus indicaciones del modo siguiente:

1.° En la melancolía hipocondriaca, particularmente al principio de la enfermedad, en donde obra primero, mitigando las sensaciones morbosas del aparato digestivo, regularizando el curso de esta afeccion, luego sobre el sistema circulatorio, disminuyendo la frecuencia y el volúmen del pulso y aumentando su dureza y la temperatura general y, por último, sobre los centros nerviosos, sedando la sensibilidad y, por consiguiente, atenuando la receptividad de los aparatos cerebrales.

Y 2.° En la lipemanía propiamente dicha, cuando predominan los síntomas afectivos, el delirio es poco intenso, hay un gran temor ó terror, inquietudes y sobre todo un estado histeropático.

Las principales contraindicaciones del opio, son: el delirio violento y los síntomas de turgescencia sanguínea.

Las dósis se arreglan prescribiendo píldoras de dos ó tres centígramos y haciendo tomar primero dos, luego tres, cuatro y hasta cinco cada dia. Guislain da la preferencia al *acetado de morfina*, á la dósis de dos milígramos á dos ó tres centígramos y dice que en varios casos ha obtenido del alcaloide efectos que no habia podido lograr con el opio en sustancia.

La *belladona* es uno de los fármacos que mas frecuentemente se asocian al opio en los casos en que está este indicado. Nosotros empleamos aquel medicamento, movidos por la idea de que su antagonismo con el opio, permite elevar, sin riesgo, la dósis de este último.

Del *beleño*, que los ingleses recomiendan mucho, administrándole en extracto ó en tintura, hemos visto poquísimos resultados.

El *tridacio*, á la dósis de 20 á 25 centígramos cada dia, en varias tomas, es un buen sedante, que puede producir algunos plausibles resultados en casos recientes.

El *asafétida*, que Guislain administraba á la dósis de 60 y aun 90 gramos, en tintura, está indicada cuando predominan los síntomas histeriformes. En sentir de este práctico, su accion antiespasmódica es mas ventajosa, en estos casos, que la de la *valeriana*, el *éter*, el *almizcle*, el *castóreo* y el *óxido de zinc*.

La *digital* es un excelente remedio de que hemos obtenido buenos resultados en la melancolía con ansiedad, gran frecuencia y pequeñez del pulso y respiracion corta. Hace cesar la ansiedad, aumenta el volúmen y disminuye la frecuencia del pulso, pero raras veces conduce á la curacion definitiva. Su dósis, de 1 á 2 gramos de tintura.

El *sulfato de quinina*, cuya accion sobre los centros nerviosos no puede ponerse en duda, obra en la melancolía, de un modo particular, que en nada se parece á su accion antitípica. En efecto, tanto como en la manía, remitente ó intermitente, nos ha parecido eficaz para modificar favorablemente los accesos, en la melancolía de estos mismos tipos, si bien en algunos casos nos ha dado buenos resultados, ha sido en el concepto de entonar el sistema nervioso y regularizar el movimiento circulatorio. Está indicado en la melancolía simple sin delirio excesivo, ni insomnio rebelde, ni sitofobia. Se administra á la dósis de 10 á 30 centígramos al dia.

Del *sulfato de cobre* y del *tártaro estibiado* solo podemos decir, que no hemos reportado los buenos efectos que algunos han ponderado; el último puede utilizarse para combatir algunas complicaciones gastro-intestinales.

Los *baños tibios* obran frecuentemente como poderosos sedantes del dolor moral. Están principalmente indicados en los casos recientes, en personas jóvenes; cuando la melancolía está ligada á la amenorrea; en las melancolías simples iniciales; en las melancolías maniacas; cuando se advierten tendencias eruptivas ó

sudóricas, y en los casos en que puede suponerse que la melancolía depende de la supresion de una dermatosis. La duracion de estos baños es variable; ya hemos emitido nuestra opinion, página 286, sobre los efectos de los baños tibios prolongados; en *Nueva-Belen* raras veces los hacemos durar mas de cuatro horas. Se comienza administrándoles diariamente, luego en dias alternos y despues dos por semana.

Los *semicupios*, asociados á los narcóticos, obran tambien ostensiblemente como sedantes.

Los *vejigatorios*, en las extremidades ó en la nuca, además de una revulsion orgánica, efectúan una derivacion moral, pues el dolor físico sustrae parte de la atencion que el enfermo presta al dolor moral. No obstante, este agente es, no solo inútil, sino aun nocivo, cuando hay gran delirio, viva agitacion, ansiedad ó sitofobia. Están indicados en los casos de frenálgia simple. Indicaciones y contraindicaciones análogas tienen las fricciones con la *pomada estibiada* en la nuca. Lo propio podríamos decir de la *moxa*, que nos ha dado buenos efectos en los casos de estupor melancólico.

Hoy dia, en que nadie cree que la melancolía dependa de la difusion de la bílis negra por el torrente circulatorio, los *purgantes* no pueden ser sistemáticamente administrados para curar esta vesania; así que los tiempos han hecho justicia á las tan decantadas virtudes del *eléboro*, con que diz que el pastor Melanepo curó la zoantropía de las hijas del rey Pretus. La medicacion purgante halla sus indicaciones circunscritas á los siguientes casos: cuando la enfermedad ha durado largo tiempo; en sugetos biliosos ó gotosos; en los que adolecen de tenaces constipaciones de vientre y para prevenir los accesos de la melancolía periódica. Las sales neutras, el áloes, la coliquíntida, la gutagamba y el aceite de ricino, son los de uso mas frecuente, siendo de recomendar bastante moderacion en su empleo.

Raras son las mujeres melancólicas que no estén amenorréicas; por lo comun, empero, la supresion del flujo menstrual no es la causa, sino uno de los síntomas del estado frenopático; á pesar de todo, no debe descuidarse, aun en estos casos, administrar algun *emenagogo*, advirtiendo que, como los preparados marciales suelen hacerse pesados al estómago de estos enfermos, es necesario echar mano de los emenagogos vegetales, tales como la sabina, el azafran, el apiol, etc.

Los *enemas* emolientes ó aromáticos—de flor de saúco, manzanilla, etc.—han sido muy preconizados por Guislain, cuando

la convalecencia de la melancolía no es bastante franca. Nosotros las prescribimos frecuentemente para combatir la estipticidad y el meteorismo.

Las *evacuaciones sanguíneas* generales no están indicadas en la melancolía, sino en casos, sumamente excepcionales, de plétora y congestion cerebral; en cambio, no dejan de tener su utilidad las *aplicaciones* de *sanguijuelas* al ano, cuando las escleróticas presentan un tinte sub-ictérico, los labios están lívidos, la piel excesivamente caliente y el pulso late con vigor. Bastan de tres á seis sanguijuelas. En las mujeres, si hay arrestos menstruales, con plétora uterina, estas emisiones pueden hacerse, con ventaja, por la vulva ó en lo alto de los muslos.

El *arsénico*, segun el método del Dr. Lisle, encuentra aplicaciones útiles cuando hay alucinaciones ó síntomas de congestion cerebral—véase página 277.—

Los *tónicos amargos* cumplen la indicacion de levantar las fuerzas radicales, en los casos en que la melancolía es causa ó efecto de una gran debilidad orgánica.

Algunos han preconizado el *ioduro potásico* en la melancolía; nosotros no hemos advertido mejorías notables á consecuencia de la administracion de este medicamento.

La *alimentacion* del melancólico debe ser analéptica y de fácil digestion, no perdiendo de vista la marcada propension á las dispepsias. El vino y las especias deben proscribirse por completo.

Los *ejercicios corporales*, el *trabajo* y las *labores* son de absoluta necesidad desde el momento en que se inicia la convalecencia. Estos ejercicios son nocivos durante el período de estado de la enfermedad. El *trabajo* moderado es un poderoso derivativo físico y moral, que precave las recaidas.

Los *juegos de dominó ó naipes*, son entretenimientos útiles para los melancólicos, pues mientras su atencion se fija en las jugadas, se distrae de las ideas que afligen. Los juegos de *billar*, los *bolos*, etc., son ventajosos en la convalecencia. Lo mismo decimos de la *equitacion* y de los ejercicios gimnásticos.

La *música* aumenta la tristeza de los melancólicos mientras se hallan en los períodos inicial ó álgido de la enfermedad; en cambio, les impresiona favorablemente cuando ha comenzado la declinacion del mal. Entonces, el *piano* ó el *canto* son de mucha utilidad.

Tanto como los *paseos y viajes*, al principio de la frenalgia, obran adversamente, sobrexcitando la sensibilidad, ejercen una

accion favorable y deben prescribirse desde el instante que entre la tranquilidad y el espíritu renace á sus antiguas afecciones. Por estos medios, oportunamente dirigidos, se adelanta y se afianza la curacion.

En los primeros tiempos de la lipemanía, el aislamiento manicómico no debe ser interrumpido por frecuentes *visitas de parientes y deudos del enfermo*; mas tarde, á medida que este recobra sus sentimientos habituales, se irán menudeando estas visitas. No obstante, si el paciente es sobradamente impresionable, ó si el delirio tiene relacion con determinadas personas, será preciso proscribir que se relacione con ellas. Véase pág. 306.

Respecto á las *prácticas religiosas* y á los *medios de intimidacion*, nada tenemos que añadir á lo expuesto en el capítulo XVIII, dedicado á la terapéutica general, página 405.

En el tratamiento de la *locura de doble forma* se presentan dos indicaciones: aminorar la intensidad de los accesos y evitar la reaparicion de estos. Los medios encaminados al primero de estos objetos, en nada difieren de los que se emplean con igual fin en la manía y en la melancolía. Respecto á la segunda indicacion, se han propuesto diferentes agentes perturbadores, tales como: las emisiones sanguíneas, los eméticos, los drásticos y las duchas y afusiones frias, remedios que deben ser aplicados momentos antes de iniciarse el acceso. Los resultados de esta medicacion, distan mucho de corresponder á las esperanzas que en ella se han cifrado, pues aun cuando hayan modificado algun tanto los síntomas, la enfermedad no ha dejado de recorrer su curso cíclico. El *sulfato de quinina*, administrado en los intervalos lúcidos, ha producido buenos resultados en los casos recientes; pero, cuando la enfermedad data de largo tiempo, se hace superior á todos los recursos.

CAPITULO XXII.

GÉNERO TERCERO.—ÉXTASIS.

Éxtasis.—Frenoplexia. —Guislain. —¿Por qué los alienistas franceses apenas han descrito esta forma mental? Cierto que Calmeil ha trazado el cuadro sintomatológico del *éxtasis místico*; pero, aparte de que esta vesania es bastante rara en nuestros tiempos, carecemos de datos para la historia etiológica, anatomo-patológica y terapéutica de esta afeccion. Poincaré, en sus *Leçons sur la Phisiologie normal et pathologique du systeme nerveux*, describe el éxtasis frenopático y se esfuerza en buscarle una interpretacion fisio-patológica, asimilándole al histerismo; pero, como las ideas de Poincaré parecen inspiradas en las descripciones de Calmeil, difícilmente pueden aplicarse á la práctica. Entre los distintos tratados de Medicina mental que tenemos á la vista, solo en la inmortal obra de Guislain—*Leçons orales sur les phrenopaties*—encontramos una descripcion adecuada á los numerosos casos de esta forma mental, que hemos tenido ocasion de observar, ya en el manicomio, ya en la práctica particular. Considerando, pues, que en este punto hay un gran vacío que llenar, pues tenemos motivos para creer que en mas de una ocasion el éxtasis ha sido confundido con el estupor melancólico, ilustraremos este artículo con observaciones clínicas que nos son propias.

Definicion.—Definiremos el éxtasis: *una locura caracterizada por la suspension de todas las manifestaciones específicas del cerebro, determinada por el predominio exclusivo de una idea que absorbe las facultades intelectuales, afectivas y volitivas del paciente.*

El éxtasis se asemeja al estupor melancólico en la suspension de las funciones cerebrales, así del sentimiento como de la inteligencia, de la voluntad y del movimiento; pero, en este último, además de que no existe una idea exclusiva que cause el arrobamiento, hay delirio, alucinaciones variables y frenalgia. El estático, lejos de sufrir moralmente, como el estúpido, goza placeres inefables en la contemplacion de su idea. En el estúpido hay gran tumulto de sentimientos, afectos, ideas y sensaciones anormales, que impiden el juego de los aparatos cerebrales; en el estático las funciones cerebrales se circunscriben al perímetro de una sola idea: no ve, ni oye, ni toca, ni huele, ni gusta impresion alguna que á esta no se refiera; la órbita de los juicios queda limitada al radio de la idea única; la afectividad no vibra, sino en cuanto es impresionada por el único fenómeno intelectual que se verifica; la voluntad, privada de estímulos, queda reducida á una fuerza virtual, por lo que todos los movimientos voluntarios se hallan como anulados, ó por mejor decir, ocupados en el servicio de una idea. Si vivir es sentir y reaccionar al impulso de los modificadores cósmicos, el estático no vive, ó mas bien el estático no siente el mundo real y vive solo bajo el influjo de su reducido mundo intelectual: su vida es exclusivamente cerebral, nada tiene de periférica. Se diria que, así como en un derrame cerebral, la sangre sale de los vasos para acumularse en un punto, en el éxtasis, el influjo nervioso abandona todos los *reóferos* ó se estaciona en ellos, para concentrarse alrededor de un grupo de células del cerebro que experimentan una conmocion extraordinaria. Imagínese una ley encaminada á reglamentar la distribucion equitativa de las diferentes actividades cerebrales entre los diversos departamentos celulares de la sustancia gris de las circunvoluciones; á cada grupo se le proporciona el tantum de actividad afectiva, conceptiva, voluntaria y excito-motriz que necesita para que su funcion llegue á su término natural; si, en medio de este económico reparto, se acrecienta la actividad funcional de uno de esos grupos celulares, podrá llegar el caso de que toda la corriente nerviosa tenga necesidad de derivarse hácia él, y por consiguiente, que los demás se queden privados, no solo de excitante funcional, si que tambien de influjo dinámico para reaccionar sobre los estímulos que les competen: habrá por consiguiente *hiperfrenia* en un punto del cerebro, y *afrenia* en los restantes.

¿Quiérense tipos del éxtasis en estado fisiológico? Un rústico penetra por vez primera en un palacio. Las nuevas impresiones

que caen sobre sus sentidos, arrebátanle hasta tal punto la atencion, que ni oye lo que le dicen, ni se acuerda de nada; solo siente, de un modo vago, la magnificencia de lo que pasa ante sus ojos; queda parado, con la boca y párpados ampliamente abiertos é inmóviles.... *está embobado.*—Otro tipo: hay una madre campesina, de escasa instruccion, pero muy amante de su hijo, á quien ha hecho educar en un colegio. Han trascurrido algunos años.... el niño vuelve al hogar paterno, convertido en un señorito de finos modales....; habla con soltura y trata de un punto científico con la erudicion que ha adquirido en las aulas. Su madre le oye con tanta fruicion, que no tiene sentidos sino para él: está inmóvil, ni pestañea, está con la boca abierta, y no obstante, no comprende palabra de lo que el jóven dice.... tambien esta madre *está embobada.*—Conservamos íntegro el recuerdo del siguiente episodio de nuestra infancia. Era la noche de Reyes: no dormimos, en espectacion de la hora de ir á buscar el *aguinaldo.* En una azotea encontramos una cartera con libros y algunos juguetes. El frio era tan intenso, que nos quedamos ateridos; á pesar de nuestros seis años, tuvieron que llevarnos en brazos..., y no obstante, no experimentamos la menor incomodidad: solo recordamos el inefable placer que nos causó la vista del anhelado *aguinaldo.*

Etiología.—Sin duda se requieren ciertas predisposiciones individuales para que estalle el éxtasis frenopático, y estas probablemente no difieren de las que hemos asignado á la manía y á la melancolía. Una grande impresionabilidad de carácter parece la condicion mas abonada. En punto á las causas ocasionales, conviene distinguir el éxtasis primitivo y esencial, de el que sobreviene como complicacion y á título de trasformacion de otra vesania. En el primer caso, el éxtasis sobreviene inmediatamente despues de haber obrado una causa moral de accion brusca, como por ejemplo, un gran terror; otras veces es efecto de contínuas meditaciones místicas ó científicas, y otras, en fin, es provocado por el amor. En un caso, que expondremos luego, sobrevino al despertar de un sueño alcohólico.

Sintomatología.—Cuando la enfermedad ha llegado á su apogeo, el enfermo parece una estátua. Tiene ojos y no ve; no parpadea sino de tarde en tarde; no responde, por mas que se le pregunte; no manifiesta sentir dolor por los mas vivos estímulos: ni alfilerazos, ni pellizcos, ni la llama de una vela aplicada á la nariz, conmueven su sensibilidad. No se mueve: permanece sentado largas horas sin cambiar de posicion y, sin embargo, sus

músculos no están paralizados, sino mas bien duros y un tanto rígidos. La mirada no se inclina al suelo ni la cabeza está en flexion, como en el estupor melancólico; el estático tiene los ojos abiertos, pero inmóviles y lleva la cabeza recta y rígida. Los músculos del estático parecen constituidos en un estado de catalepsia permanente; la intermitencia de los ataques catalépticos, distingue esta neurosis convulsiva del éxtasis. En el éxtasis, el pulso es unas veces lento y otras frecuente, la piel, por lo comun, está fria y seca y las evacuaciones naturales son raras y escasas.

«Desde el punto de vista de la Medicina mental, dice Poincaré, el éxtasis es una idea fija que no retumba sobre las células determinantes y motrices, quedando reducida á un afecto puramente contemplativo. El espíritu se complace en la admiracion pasiva de lo que cree percibir á través de sus pensamientos y la única manifestacion refleja de este estado de las células intelectuales, consiste en la conservacion de la expresion fisiognomónica en relacion con esta contemplacion. Es, en cierto modo, una forma particular de la locura. Por otra parte, los accesos muy repetidos de éxtasis, acaban por la verdadera locura, que no es sino la mas elevada expresion del nervosismo concentrado en la capa cortical. Circunscribiendo el campo de la exaltacion del sistema nervioso al centro intelectual, se prepara el terreno para alteraciones mas completas y permanentes.»

Especies ó formas del éxtasis.—Tratando de clasificar las condiciones bajo cuyo influjo se ha manifestado el éxtasis, nos parece que, habida razon á sus causas inmediatas, se pueden admitir cuatro variedades en este género: *éxtasis místico*, *éxtasis terrorífico*, *éxtasis científico*, *ó intelectual* y *éxtasis amoroso*, *ó erótico*. El éxtasis *místico*, era el de los mártires y el de Santa Teresa de Jesus: absortas sus facultades en contemplaciones piadosas, los primeros recibieron el tormento sin proferir un lamento. Sabido es que, en la Santa doctora, el éxtasis se presentaba enforma de accesos, que arrebataban su espíritu á toda excitacion del mundo real. Del éxtasis *terrorífico* tenemos á la vista un caso en un oficial del batallon de Marina, cuyo bautismo de sangre fué la sangrienta batalla de Somorrostro, en que fué herido de puñalada en la pantorrilla. En este, el éxtasis no es simple, sino que parece asociado á la catalepsia: expondremos luego esta curiosa historia. El éxtasis *científico* es efecto de la meditacion de los espíritus mas profundos: Arquímedes y Sócrates son ejemplos de esta forma. El éxtasis *amoroso* es la variedad que hemos obser-

vado con mayor frecuencia y á ella se refieren dos de las observaciones que consignamos en este capítulo.

Pronóstico.—A lo dicho en el capítulo del *Pronóstico en general*, añadiremos:

1.° Que el éxtasis esencial y primitivo, es una de las vesanias que curan con mayor frecuencia, pues, segun Guislain, se logra este resultado en mas de un 90 por 100.

2.° Que la curacion suele ser bastante rápida, pues la enfermedad recorre sus períodos en tres, seis ó nueve meses, y no son raros los casos de curacion en el primer mes.

3.° Que la convalecencia suele ser lenta y gradual, notándose frecuentemente exacerbaciones por el influjo de diferentes causas.

4.° Que el pronóstico del éxtasis, cuando sobreviene, como complicacion, en el curso de otra vesania, está subordinado al resultado que de esta se espera.

Y 5.° Que cuando al éxtasis se añaden otros trastornos mentales ó nerviosos, de modo que pierda su carácter de simplicidad, su gravedad está en relacion con los de los síntomas neuropáticos accidentalmente sobreañadidos.

Tratamiento.—No puede negarse que existen grandes analogías entre el éxtasis y la melancolía, por lo cual, no es de extrañar que la terapéutica de estas frenopatías presenta muchos puntos de contacto. En el éxtasis, con todo, es de primer momento dirigirse al estado cataleptiforme de los centros nerviosos, á beneficio de agentes que impresionen fuertemente la sensibilidad periférica, entre los cuales figuran: las duchas y baños frios de instantánea inmersion, la urticacion, los sinapismos ambulantes, los vejigatorios, las corrientes farádicas, etc. Entre los agentes farmacológicos, nos parecen preferibles los bromuros de potasio ó de alcanfor, las pociones etéreas y los purgantes drásticos, usados con moderacion. Si un estado disémico sostiene la hiperestesia cerebral, ó sea el nervosismo, se emplearán con ventaja los reconstituyentes y los analépticos.

Las dos siguientes observaciones, que vieron la luz en la *Independencia médica*, y otra no completada, porque el enfermo aun sigue en *Nueva-Belen* servirán de complemento á este asunto.

Observacion 1.ª A. R. es un jóven de veintidos años, linfático-nervioso y dotado de mediana robustez. En su familia hay un hermano alienado y otro afectado de reblandecimiento medular.

Huérfano de padre, pero en excelentes condiciones sociales, pasa de la Habana, su pais natal y residencia de su madre, á Madrid, para cursar la carrera de derecho. En la ex-corte se relaciona con la aristocracia y se entrega á una vida un tanto licenciosa. Los exorbitantes dispendios que ocasiona á su madre, obligan á esta á mandarle pasar á Barcelona para continuar la carrera, limitando su asignacion á 1,000 reales mensuales. A. continúa en sus prodigalidades, y como estas rebasan el límite de su asignacion, contrae algunas deudas. Aunque un tanto apático y concentrado, frecuenta casas de juego y de prostitucion. No se sabe que ninguna verdadera pasion amorosa haya hecho vibrar su afectividad. En breve sus compromisos aumentan: le acosan acreedores, y su natural melancolía sube de punto. Considerándose deshonrado por sus deudas, apenas se atreve á salir de casa. Réstale una pequeña suma, y, ansioso de salir de apuros, la arriesga en el juego. Pierde, y como es natural, su afliccion y sus compromisos son mayores. En semejante estado, concibe el proyecto de poner término á sus dias, por lo cual dirige dos cartas al patron de la casa en que vive, una en que le indica persona encargada de pagar sus deudas, y otra, sellada, para entregar á un amigo, á quien suplica que, con los efectos de su pertenencia, pague á sus acreedores y procure consolar á su madre. Sus amigos acuden á tiempo para disuadirle de la idea del suicidio y renuncia á ella; pero dos duros que aun le restan, los gasta al lado de una mujer, despues de haberse embriagado con ron y aguardiente. Presa de profundo sueño durante la noche, al amanecer despierta en un estado que sorprende á cuantos le conocen: desde entonces sufre un *éxtasis erótico*.

Tres dias despues es conducido á nuestra visita particular. Mirada vaga, ojos apenas movibles, pupilas dilatadas y poco impresionables por la luz, fisonomía inmóvil, progresion lenta, pero segura é indeterminada, como no sea por impulso extraño, gesticulacion casi nula, color un tanto pálido. Hace dos dias que no habla: frecuentemente manifiesta esforzarse vanamente para recordar las palabras; al dirigirle algunas preguntas excitando violentamente su atencion, se notan en su semblante conatos infructuosos para hallar términos con que responder: hay una verdadera afasia. Va provisto de papel y lápiz, é intenta contestar por escrito; pero su mano no traza mas que estas palabras: «Quiero..... quiero ver á Adela,»—nombre de la jóven con quien pasó la noche de su embriaguez.—La letra es insegura, pues le tiem-

bla la mano. Si no se le hostiga con preguntas, de cuando en cuando vuelve á tomar el papel y el lápiz, y manifestando un supremo esfuerzo para recordar, termina escribiendo «Adela» ó trazando las líneas de un grande ojo rasgado. Oye la voz de una mujer que habla en una pieza contigua á nuestro despacho, y esta sensacion le arroba por completo. Entonces no percibe las impresiones tactiles mas dolorosas: le pellizcamos en las manos y en los brazos, le aproximamos la llama de una vela al lomo de la nariz, hasta quemarle, y no manifiesta la menor sensacion. El contacto suave de nuestra mano despierta en él una fruicion voluptuosa, por lo que la acaricia y va á besarla, pero al reparar que la mano es de hombre, la aparta vehementemente de sus labios. En medio de su extraña fascinacion, admite un cigarro si se lo ofrecen, y fuma sin distraerse. Come regularmente y duerme bien.

Dos dias despues es admitido en *Nueva-Belen*. Lleva, como siempre, su papel y lápiz, y además un fragmento de un periódico de modas, en que hay grabadas tres figuras de mujer. Durante el camino saca diferentes veces de su faltriquera ese retazo y contempla extasiado una de las figuras, de grandes y rasgados ojos, y la besa. No es posible arrancarle una palabra. Al llegar al Manicomio, encuentra un jóven pensionista, que fué uno de sus compañeros en Madrid. Este, que es un cordobés muy instruido, de mucha imaginacion, y que está en vias de curarse, conforme á nuestras indicaciones, se lo lleva consigo, y con la verbosidad y gracejo que le distingue, le dice:—«A mí me perdieron la cabeza los números, á tí las mujeres te han hecho perder la razon.»—A. sonrie y dice algunas palabras manifestando su asentimiento. Desde entonces el éxtasis es menos profundo.

Al dia siguiente se le administra una ducha fria, que soporta sin inmutarse, por serle habitual el uso de la hidroterapia. Despues va al refectorio, y come. Durante la comida, su amigo, el cordobés, se traba de palabras con otro pensionista *ad latere*. Los contendientes se amenazan con venir á las manos, pero los camareros los detienen. A., contemplando esta querella, es profundamente impresionado, y sale súbitamente de su arrobamiento, quedando desde el instante definitivamente curado. Seis dias despues, salia de *Nueva-Belen* sin haber presentado novedad alguna y explicando con minuciosos detalles las causas de su perturbacion mental y las modificaciones psicológicas que habia experimentado en el breve curso de su vesania. Han trascurrido cerca dos años, y noticias últimamente recibidas de ese jóven,

hoy dia residente en Madrid, son de todo punto favorables á su definitiva curacion.

La enseñanza clínica que se desprende de este caso es muy interesante.

En primer lugar, es imposible desconocer la influencia de una aptitud familiar, tan comun en las enfermedades mentales, que, con pequeñas causas determinantes, basta á producir el estallido del trastorno mental.

No puede tampoco desconocerse que, desde sus primeros pasos, la vesanía tendia á la depresion, ó sea á la forma melancólica, puesto que hasta llegaron á manifestarse evidentes conatos de realizar el suicidio en el modo y forma como lo llevan á cabo los lipemaniacos, esto es, con premeditacion y calculando las consecuencias del acto. Parece un suicidio, no por impulso instintivo, sino por conviccion.

No podemos considerar el referido estado melancólico como un preludio de la forma mental que subsiguientemente se manifestó; pues en la lipemanía prodrómica de la exaltacion frénica, ó manía, la depresion psicológica no es tan aguda ni tan graduada que lleve al suicidio calculado.

Iniciado el estado morboso lipemático, actuó sobre los centros nerviosos un modificador físico, que los afectó profundamente: el alcohol. ¿Cómo no considerar que, en el presente caso, este agente ejerció una influencia decisiva para desviar la marcha del trastorno psicológico? ¿No se sabe que los alcohólicos amortiguan el dolor moral? ¡Cuántos, agobiados por el infortunio, se habitúan á buscar un lenitivo, bien pasajero por cierto, en la embriaguez!

Al despertar del sueño alcohólico, A. cae en un sueño estático, durante el que conserva tenaz y exclusivamente las impresiones eróticas que recibió en los postreros momentos de su melancolía y en los que precedieron á la invasion del período de estupor de la embriaguez: la imágen de Adela, de una meretriz incapaz de cautivar el corazon del jóven—casi inerte para el amor apasionado—pero apropiada, por las gracias de su cuerpo, para excitar la lúbrica atraccion de sus sentidos en el estado de exaltacion alcohólica.

La persistencia de estas impresiones sostiene en un estado comparable á la convulsion, los grupos ganglionares encefálicos destinados á los sentimientos eróticos. Ellas son las dominadoras y sojuzgan á todos los otros movimientos afectivos, por lo cual sus facultades perceptivas, intelectuales y reflectivas aparecen

como anonadadas. No lo están, sin embargo: sufren letargo por derivacion del estímulo que les compete. Diríase que hay parálisis en distintas regiones del cerebro, por exceso de tono—vuelve á la pluma la palabra *convulsion*—de una region determinada.

Así, pues, aun cuando no se manifieste la actividad de los demás aparatos encefálicos, esta no está abolida, sino que persiste de un modo virtual. Fué suficiente una emocion algo fuerte—el presenciar el altercado entre los pensionistas—para que quedase instantáneamente disipado el éxtasis.

Fácil es comprender la razon de ser de la afasia, de la amnesia y de la anestesia de los sentidos superiores. Las facultades expresivas, reducidas al lenguaje gráfico, solo estaban expeditas para trasmitir, en direccion centrífuga, las emociones eróticas. Solo funcionaba la memoria de las impresiones referentes al erotismo. Solo era oida la voz femenina; los contactos con otras personas eran ilusorios, puesto que sugerian conatos voluptuosos. Solo habia atencion para las impresiones que se dirigian al sentido genésico. Aquella facultad, elemento primordial de la percepcion, faltaba en los otros aparatos encefálicos, porque no habia en ellos receptividad.

Suspendemos aquí este análisis psicológico, porque lo expuesto basta para comprender el mecanismo del éxtasis frenopático en su forma erótica, y por este no seria difícil explicar el que preside á otras variedades de esta afeccion. Solo pretendemos hacer resaltar el hecho de que, en A., al paso que el éxtasis habia invadido sus facultades perceptivas, intelectuales y reflectivas, habia respetado las instintivas. Por esto comia, fumaba, descansaba, dormia y ejecutaba las excreciones fisiológicas con entera normalidad. De notar es asímismo que la impresion que estando á la mesa le curó, fué tambien de carácter instintivo, queremos decir, que se dirigió bruscamente á los órganos de los instintos, esto es, al de la propia conservacion: ¿será que los gánglios encefálicos afectos á los instintos, tengan entre sí vínculos anatómicos mas directos que los que les enlazan á los restantes núcleos encefálicos?

De todos modos, y abandonando estas elucubraciones, demasiado hipotéticas, el presente caso nos dice las ventajas que, en determinadas ocasiones, podrian reportarse de las impresiones morales de accion violenta para el tratamiento de los estados frenopáticos, y hasta nos autoriza á preguntarnos si un alcoholismo, deliberadamente provocado, al iniciarse una lipemanía,

podria dar á esta vesania una direccion en un sentido mas benigno y de curacion mucho mas fácil.

Observacion 2.ª A mediados de Abril de 1870, á instancia de mi distinguido amigo y compañero Dr. Ronquillo, fuimos llamados para visitar en junta á la señorita T., natural de una poblacion de segundo órden de la provincia de Barcelona, de once años de edad, de temperamento nervioso linfático y de constitucion medianamente robusta.

Hija de una familia rica, T. ha sido educada al estilo de la época, con el mimo que le han prodigado sus padres, y entrando en el mundo en edad temprana. Las relaciones sociales, para ciertas familias, en las poblaciones subalternas, adolecen de todos los defectos de la vida en las ciudades, y por ellas el bello sexo se halla tempranamente expuesto á las excitaciones del sentido erótico, y si cabe en mayor escala que en las grandes poblaciones. Así sucedió en T.: el baile, la música, el teatro y los galanteos, alternando con la oracion y los libros devotos, ocuparon su espíritu desde la adolescencia. T., á pesar de no contar mas que once años, ofrece un considerable desarrollo de las mamas, ha visto ya tres ó cuatro flujos menstruales, y en la expresion de su fisonomía se revela el sello de la pubertad; esto, no obstante, su estatura es poco desenvuelta.

T. compartió los juegos de la infancia con un primo suyo de alguna mas edad que ella; dedicado este último á los estudios, pasaba las vacaciones al lado de su prima. Insensiblemente, la amistad infantil se fué trocando, en el corazon de T., en otro afecto mas imperioso y mas arrebatador;... á los diez años amaba apasionadamente á su primo Baldomero. A pesar de esto, las relaciones entre los dos jóvenes continuaron en la misma intimidad que en la infancia. Un dia T. recibió una contusion en el epigastrio, y algunos meses despues la niña palidecia y se desmedraba precipitadamente. Achacóse á la caida el desmejoramiento, no sospechando la existencia de un influjo moral mas poderoso, contribuyendo no poco á fundar esta opinion una fuerte gastralgia, acompañada de palpitaciones de corazon, que de vez en cuando aquejaba la enferma. Todos los remedios se dirigieron á combatir el golpe; es inútil decir que las aplicaciones de sanguijuelas y las pomadas anodinas jugaron un gran papel. Repetian los síntomas, y se atribuia el resultado á la medicacion, lo cual afianzaban en el propósito de volver á los mismos medios en las nuevas exacerbaciones. El estado general de la enferma era cada dia mas desesperante, hasta que se presentó

por vez primera lo que la familia llamaba el *desmayo*. ¡Singular desmayo que al Dr. Ronquillo, que lo habia podido observar dos ó tres veces, le habia hecho sospechar la existencia de una pasion amorosa como causa primera de toda la enfermedad.

En la primera visita que hicimos á la enferma, no pudimos observar el ataque, pero esto nos proporcionó ocasion de estudiar detenidamente su estado moral y afectivo. T. tenia una imaginacion brillante sin el menor defecto ni exageracion en sus facultades intelectuales, hablaba convenientemente de todo, y solo hubiera podido decirse que era demasiado experta para tan niña. Acusaba un dolor en el epigastrio, que aumentaba en ciertas ocasiones y del cual deseaba con empeño curarse cuanto antes, prometiendo por su parte no omitir ningun medio para lograrlo, ya que con este objeto habia venido á Barcelona. Sabia tambien que sufria ciertos *accidentes*, durante los cuales perdia el sentido, no quedándole despues memoria de cuanto le habia pasado. Cuando la conversacion recayó sobre el primo, objeto de su pasion, la niña se ruborizó, animándose luego su semblante y demostrando un mal disimulado empeño en no mudar de tema. Sin embargo, como es natural en una jóven bien educada, nunca confesó la predileccion especial que hácia esta persona sentia, por mas directamente que en este sentido fué interpelada.

Anhelando ardientemente ser testigo ocular de uno de los paroxismos, suplicamos á la familia nos pasase aviso inmediatamente que se iniciase uno de ellos, para acudir, sin pérdida de tiempo, al lado de la paciente. La ocasion no se hizo esperar: ocho dias despues, con este motivo, nos hallaba otra vez en la casa de la enferma.

T. estaba echada sobre una estera, en donde se habia repentinamente caido al retirarse del balcon, probablemente al sentirse atacada. Tenia abiertos los ojos, mucitaba algunas palabras, agitaba los brazos como buscando algun objeto, y al dar con la estera, destejia el esparto. Las pupilas estaban dilatadas y se contraian muy poco á la luz. Su semblante no expresaba el menor sufrimiento; antes al contrario, los labios entreabiertos, indicaban sensaciones placenteras. El pulso estaba ligeramente agitado y el calor completamente normal.

Toda la piel estaba insensible á los estímulos mas activos: ni sentia los pellizcos, ni los alfilerazos. Tomándole las manos, apretaba la nuestra entre las suyas para conducirlas á sus labios, y entonces su fisonomía expresaba un gran placer. Quisimos explorar la sensibilidad epigástrica y observamos que, mientras sos-

on ligera presion, la mano en este punto, el semblan-
expresó tan viva sensacion de placer, que solo po-
se con las mas vivas fruiciones del extro venéreo.
, que permanecia indiferente á cuanto se hablaba al-
de ella, absorta toda su atencion en un órden de ideas,
ió despertar bruscamente de su arrobamiento, desde el pun-
en que su madre comenzó á tararear la segunda parte de los rigodones de *Mabille*. Desde este instante continuó el canto que habia empezado su madre y siguió, con incorregible entonacion y sin distraerse, á pesar de cantar otras cosas los circunstantes. Preguntando la razon de estos fenómenos singulares y para averiguar si tenian alguna relacion con el fondo pasional que dominaba todo el cuadro sintomatológico que presenciábamos, nos informaron de que esa tonada era precisamente la que cantaban frecuentemente *á duo* la paciente y Baldomero y que los rigodones de *Mabille* fueron los primeros que esta danzó con su adorado primo.

Así hubiera seguido la enferma, no sabemos cuánto tiempo, cantando, si no se nos hubiese ocurrido desviar su atencion hácia otro punto, aunque sin mudar de concepto: quisimos simular la llegada de Baldomero. Golpeamos con los nudillos de los dedos en la pared, como llamando para entrar: la enferma se sobresaltó y gritó: *¡Baldomero!* Sostuvimos con ella una conversacion como si nosotros hubiésemos sido su primo, pues conocimos que, en el estado de ilusion en que estaba constituido su sensorio, la ficcion era por demás fácil. En efecto, la enferma se portó como si en realidad hubiese estado hablando con el objeto de su amor, hasta el punto en que, por haber advertido su madre que iba á cesar el éxtasis, juzgamos prudente retirarnos de la estancia, para simular luego que veníamos de fuera para visitarla cuando estaria en posesion de su libre albedrío.

No habian trascurrido cinco minutos, que T. estaba completamente restablecida á su normal juicio. Entramos, saludamos y preguntamos por su estado, como si acabásemos de llegar: contestó que estaba bien, aunque se sentia muy abatida y quebrantada. Dijímosla si habia tenido algun otro *desmayo* y contestó negativamente. Sin embargo, su madre le dijo que precisamente acababa de pasar un ataque y se convenció tan fácilmente que solo dijo: *así será*. Añadió que solo recordaba que estaba en el balcon y que se habia retirado por no encontrarse del todo bien y que de lo demás no tenia la menor memoria.

De la conversacion que luego provocamos con la enferma, re-

firiéndonos, en términos generales, á las pasiones que sienten las niñas enamoradas, dedujimos que á T. le quedaba en su corazon un secreto que confiar y que deseaba depositar en nosotros este sentimiento, no atreviéndose á hacerlo en su madre. Sin embargo, resueltos á explorar hasta dónde alcanzaba el imperio de su pasion, no nos dimos por entendidos y nos despedimos de ella y de su madre, quedándonos, sin embargo, algunos instantes con esta en el umbral de la puerta, para ver si me llamaba de nuevo. Así sucedió: pidió permiso á su madre para hablarnos á solas, y entonces, conociendo que habia llegado la hora de dar rienda suelta al comprimido sentimiento, la dijimos que podia con toda confianza exponer el secreto de su corazon, segura de que todo seria en beneficio de ella. Confesó que sentia una pasion irresistible y frénica por su primo; que no se atrevia á divulgarla á su madre, temiendo la reprendiera y que todos los accesos ó paroxismos habian sido precedidos de un tenaz pensamiento, que no podia distraer y que su fantasía halagaba, y cuyo objeto era el consabido jóven. Aunque ella misma conocia cuánto le perjudicaba esta pasion, pues era la causa de sus paroxismos y de su estado enfermizo, y por lo tanto de no ser tan perfecta como su amante merecia, decia que no tenia fuerzas morales bastantes para arrojarla de sí, y que por esto nos suplicaba que intercediésemos con sus padres para que no contrariasen su amor y que, por otra parte empleásemos, de acuerdo con el Dr. Ronquillo, todos los medios para que no se viera perseguida por esos inopinados raptos. Procuramos tranquilizarla, asegurándola que podia contar con las dos cosas que pedia y que pronto estarian satisfechos sus deseos, si ella por su parte no olvidaba seguir los preceptos que habíamos establecido en el dia de la junta.

Hé aquí las indicaciones que nos propusimos cumplir con el Dr. Ronquillo:

1.° Corregir el orgasmo uterino, anunciado precoz y exageradamente en la enferma.

2.° Llamar la vida hácia la periferia y entornar el sistema circulatorio.

Y 3.° Atenuar la actividad del sensorio comun, evitando, en lo posible, los estímulos mas ó menos directos del sentido erótico.

Para cumplir estas indicaciones, fueron prescritos los siguientes medios:

Alimentacion regular, pero con exclusion de condimentos excitantes.

Proscripcion del vino y del café: empleo de la cerveza en la comida.

Ejercicio prolongado hasta la fatiga, por medio del paseo por sitios poco concurridos.

Sueño de nueve horas de duracion, en cama dura, evitando acostarse boca arriba.

Baño tibio de dos horas diarias, con una ducha fria sobre el occipucio y region sacro-lumbar, de cinco minutos de duracion.

Vestido interior de franela ó elástica de lana.

Proscripcion de toda clase de espectáculos, bailes, reuniones, frecuentaciones con jóvenes del otro sexo y novelas sentimentales.

Tres gramos de bromuro de potasio disueltos en seis de vehículo cada veinticuatro horas, en tres dósis.

A beneficio de estos medios, los accesos estáticos se hicieron menos frecuentes hasta disiparse del todo, y hoy dia, segun creemos, T. goza de completa salud.

Observacion 3.ª D. J. de Dios.—S., jóven de veinte años, nervioso, hijo de un distinguido jefe de nuestra Armada, era oficial del regimiento de Marina, que fué destrozado en una de las sangrientas jornadas de Somorrostro. Envuelta su compañía en una emboscada carlista, que acuchilló á casi todos los soldados bisoños que la formaban, recibió J. una herida de puñal en la pierna. Tan profunda fué la emocion que le causó la sorpresa, que, privado de conocimiento, tuvo que ser trasladado á la ambulancia. Curado de su herida, que no tuvo consecuencias, y visto el completo desvanecimiento de sus facultades intelectuales, fué conducido á Tudela, donde residia una jóven con quien tuvo antes relaciones amorosas. Cada dia era mas grave el estado mental del infortunado Juanito, y viendo que ni el cariño de su novia, ni las tiernas afecciones de sus padres conseguian hacerle salir de su ensimismamiento, fué traido á *Nueva-Belen*, en el siguiente estado: fisonomía inmóvil, color pálido, ojos ámpliamente abiertos, mirada fija, cabeza rígida, progresion indeterminada, difícil y solo ejecutada por impulso exterior. A duras penas se le hacia pronunciar alguna que otra palabra inconexa; mostraba tener la sensibilidad tactil bastante apagada; pero aun tomaba el alimento con sus propias manos y satisfacia las demás necesidades corporales con cierta espontaneidad.

Diagnosticado de *extasis*, fué inmediamente sometido á la medicacion excitante y antiespasmódica, empleando sobre todo las duchas frias y la urticacion. A pesar de estos remedios, cada

dia era mas completo el éxtasis, de modo que á los dos meses, época en que, para ver si sacábamos algun partido de la revulsion próxima, le hicimos aplicar un exutorio en la nuca, presentaba el aspecto que manifiesta la figura 1.ª de la lámina 2.ª, en donde son de notar los *otemátomas*, ó tumores sanguíneos, que espontáneamente aparecieron en las orejas. En tal estado hallábase J. reducido á la mas completa negacion de manifestaciones psíquicas: no hablaba, ni se movia, sino cuando materialmente se le empujaba, y aun entonces solo á traspiés y con seguridad de caerse, si no se le hubiere sostenido. Ya no tomaba la comida: era preciso introducirle los alimentos en lo mas profundo de la boca. Así como hasta entonces, á veces se animaba su semblante y aun pronunciaba algunas palabras al decirle: «*vienen los carlistas*,» «*estamos en Somorrostro*,» «*Manuela*,»—nombre de su novia;—su sensibilidad moral se mostraba inerte á estas excitaciones. No aparecia menos anulada la sensibilidad física: ni le convelian las mas vivas excitaciones del tacto, ni pestañeaban sus párpados, ni se modificaban sus pupilas á la luz mas viva, ni parecian impresionar á su olfato por los olores mas penetrantes, ni, en fin, daba muestras de oir los ruidos mas intensos. Pero las anomalías mas chocantes eran las que se notaban de parte de la motilidad. Permanecia horas enteras en la posicion en que se le dejaba, por difícil y extraña que esta fuese. Habia, empero, gran peligro en dejarle en pié, pues á lo mejor arrojábase al suelo, no desplomado, sino con impulso propio, sumamente brusco. En alguna ocasion, de esta manera llegó á lastimarse el rostro. Habia, pues, carencia absoluta de motilidad voluntaria y solo de cuando en cuando aparecian movimientos impulsivos, de orígen seguramente cerebeloso.

Este estado ha durado siete meses; los otemátomas terminaron por reabsorcion de la sangre y deformacion permanente del fibro-cartílago de la oreja, segun se ve en la figura 1.ª lámina 3.ª Despues de innumerables medicaciones, completamente ineficaces, en Abril último echamos mano de las duchas escocesas, que consisten en la simultánea aplicacion de un chorro frio y otro caliente. Este remedio produjo buen efecto: bajo la accion del chorro, reaparecieron las primeras muestras de sensibilidad: el enfermo gritaba y brincaba, y á las pocas sesiones comenzó á hablar y á andar con voluntad. Gradualmente ha ido recobrando sus facultades mentales, hasta el punto de que ha escrito algunas cartas á su familia, ha dado algunos paseos por fuera del manicomio, y hasta, en dos ocasiones, ha ido á Barcelona. En la actuali-

dad el *éxtasis cataléptico* tiene una marcha periódica, presentándose el acceso despues de haber dormido y cesando, mas ó menos completamente, algunas horas despues de estar despierto. Las duchas escocesas le causan ya poca impresion. Hasta el presente, mientras duraba el éxtasis, la catalepsia era bastante notable; de algunos dias á esta parte, se observa que el enfermo no aguanta la actitud en que se le pone. La figura 1.ª de la lámina 3.ª da idea del aspecto del jóven cuando no se halla en el período estático. Si se compara con la figura 1.ª de la lámina 2.ª, se echa de ver el gran progreso que se ha realizado. Es de esperar que, con diferentes oscilaciones y en época mas ó menos remota, obtendremos la curacion de una enfermedad, que, á nuestro entender, se singulariza por los siguientes conceptos: 1.°, por la larga duracion de la frenoplexia; 2.ª, por las extrañas anomalías de la motilidad voluntaria, presentando los caractéres de la catalepsia, pero faltando la rigidez muscular y, al principio, la intermitencia que son propias de esta neurosis convulsiva; 3.ª, por la modificacion que se ha observado en la marcha de la afeccion en los últimos tiempos, pasando de contínua á intermitente; y 4.ª, por la reaparicion de los accesos cada vez que el enfermo concilia el sueño.

CAPÍTULO XXIII.

GÉNERO CUARTO—MONOMANÍA.

SINONIMIA Y ETIOMOLOGÍA.—*Monomanía*—de μονος—*solo*— y μανια—*locura*—Esquirol;—*Manía sistematizada*—*Delirio parcial*—Ferrus;—*Polimanía*—*Oligomanía*—*Alienacion parcial*—Falret;—*Monofrenia*—Guislain —

Definicion.—Con la denominacion de *monomanía*, Esquirol se propuso distinguir dos formas mentales, que los antiguos confundian bajo el nombre de *melancolía*. El citado autor definió la *monomanía*: «una alienacion mental caracterizada por una lesion parcial de la inteligencia, de las afecciones ó de la voluntad.»

Hoy dia, los alienistas, siguiendo el ejemplo de Falret, Baillarger y Foville, han puesto fuera de duda que las perturbaciones parciales de cualquiera de las facultades psíquicas son un mito, pues, dada la solidaridad de las ideas, sensaciones, sentimientos y voliciones, no se concibe un delirio intelectual, afectivo ó instintivo, cuyo influjo no se irradie á las demás modalidades dinámicas del cerebro. Cuando se habla de *delirios parciales*, debe entenderse que las anomalías aparecen tan preponderantes en un determinado órden de funciones y tan remisas en los otros, que estas últimas parecen en condiciones fisiológicas, si se comparan con la alteracion que se observa en aquellas; de donde resulta que, rigurosamente hablando, no existe la monomanía tal como la definió Esquirol, siendo, por lo tanto, indispensable dar de esta enfermedad una definicion adecuada al estado actual de la ciencia. Prescindiendo de analizar las que han propuesto diferentes autores, admitimos la del doc-

tor Linas, concebída en estos términos: «la monomanía es una enfermedad mental, en que el entendimiento está perturbado en un determinado órden de ideas y de sentimientos, y permanece sano en los otros.»

Se vé, pues, que los modernos, puesto que la definen, no niegan la monomanía. Reconociendo que Esquirol realizó un gran progreso al separarla de la melancolía y describiéndola como entidad nosológica especial, se esfuerzan en rectificar el concepto del ilustre discípulo de Pinel, y un escrupuloso análisis psicológico pone en evidencia que esas perturbaciones parciales del entendimiento, no tienen razon de ser ni en teoría ni en la práctica. «El sentido mismo lo declara—dice el Dr. D. Emilio Pí y Molist, en un bello trabajo titulado *Apuntes sobre la monomanía*, 1864,—que es en nosotros uno mismo el sér que siente, piensa y quiere, que los agentes de estas tres operaciones se acusan, se identifican entre sí y con el *yo*; y que yo puedo pensar y no querer, mas no querer sin pensar ó conocer, porque repugna á la razon el querer lo que no se conoce ó no se piensa. El alma, no solo conoce, sino que reflexiona sobre sí misma y se conoce; pues, como dice un fisiólogo muy filósofo, la reflexion es el conocimiento del pensamiento por el pensamiento. *Idque (concilium) sibi salum per se sapit et sibi gaudet*, escribe Lucrecio. Así que, el alma se posee, en cuyo estado, cuando una sensacion ó sentimiento la mueve á obrar, antes de entrar en accion, pone en juego sus facultades, piensa, delibera, y, á consecuencia de esta última operacion, se resuelve á obrar ó á no obrar; pero, ya decida por lo uno ó por lo otro, siempre obra en realidad, por cuanto el determinarse es un ejercicio de la actividad, es la *volicion*, es un acto positivo que importa una parte como iniciativa de la ejecucion. Resulta de esto, que componen la voluntad cuatro elementos: la *posesion* y la *deliberacion*, que atañen al *yo* inteligente, son fenómenos intelectuales; la *resolucion*, que pertenece exclusivamente al dominio de la voluntad, y la *accion*, que es el fenómeno externo. Síguese tambien que la voluntad está íntimamente enlazada con la inteligencia, en tal manera que, por la energía de la accion, puede graduarse la de la reaccion y de los fenómenos intelectuales, pues cada uno de los tres últimos elementos indicados, está en razon directa del que inmediatamente le precede. Luego, la proposicion *yo quiero*, supone, por otro órden sucesivo, aunque inverso del natural, las de yo me decido, soy dueño de mí. Querer es pensar.»

Sintomatología.—Los caractéres distintivos de la monomanía,

cualquiera que sea su forma ó variedad, segun el Dr. Linas (1). se pueden reducir á las siguientes:

1.ª Lesion limitada de la inteligencia.

2.ª Predominio y fijeza de ideas falsas, sentimientos perversos ó inclinaciones morbosas.

3.ª Absorcion del espíritu por estas ideas, sentimientos ó inclinaciones.

4.ª Concentracion de todas las facultades alrededor de este delirio.

Y 5.ª Organizacion ó sistematizacion de las concepciones delirantes, que algunas veces llegan á los grados mas extremos de la locura.

El monomaniaco, afectado de una alteracion parcial de su inteligencia, hállase en aptitud de ejercer sus facultades mentales, de coordinar sus juicios y de apreciar atinadamente las relaciones de los objetos que no se refieren á su delirio; pero, conociendo su mal ó sin conocerlo, cede al vicio parcial de su juicio, de sus sentimientos ó de su sensibilidad física, y sus palabras y acciones manifiestan extravagancia en los conceptos, en las percepciones, en los afectos ó en los impulsos. Estas ideas, sentimientos, sensaciones ó impulsiones morbosas, tienen tal intensidad y adquieren tanta preponderancia sobre los demás actos psíquicos, que todos se hallan supeditados á su dominio, y la atencion del enfermo, concentrada en los productos anormales de su cerebro, no se fija en la parte sana de las funciones de este órgano, probando de paso cuán imposible es la existencia de delirios parciales ó rigurosamente circunscritos.

El Dr. Falret, trazando la historia de las evoluciones y desarrollo de la monomanía, distingue dos formas en esta vesanía. La primera, bastante rara, se caracteriza por la súbita y espontánea aparicion del delirio: cruza por la mente del enfermo una idea extraña; la acepta sin vacilacion ni contraste; toma carta de domicilio en el cerebro y avasalla á todas las demás, así como á todos los sentimientos é inclinaciones.—En la otra forma, que es mucho mas comun, hay una evolucion lenta y progresiva. que puede considerarse como un período de incubacion de la enfermedad. En un cerebro naturalmente predispuesto por su excesiva impresionabilidad, surge una idea morbosa: al principio, no solo no es aceptada, sino que la reflexion levanta conatos de defensa para rechazarla y expelerla de los dominios psicoló-

(1) *Dictionaire des sciences medicales*, artículo *Monomanie*.

gicos. No tardan empero en brotar otras ideas tan insanas como aquellas, que asedian con encarnizamiento la conciencia; la voluntad redobla sus esfuerzos para rechazarlas. Trábase entonces, en el foro interno, una lucha sin tregua ni reposo, en la cual, en último término, resulta vencida la razon. Entonces, el sugeto, al capitular con tenaces enemigos, no le queda mas alternativa que elegir entre las varias ideas que se disputan la preeminencia de su entendimiento, y escoge la que mejor cuadra á sus inclinaciones; esta es la que va á someter á todas las demás. Desde entonces, la idea delirante domina despóticamente en todas las regiones del entendimiento y se convierte en eje de casi todas las operaciones conceptivas y perceptivas. A tan trascendental suceso, acaecido en el mundo psicológico, sucede un general pronunciamiento en favor del nuevo órden de cosas: las facultades que antes se empleaban en combatir al enemigo comun, se complacen en servirle; el raciocinio reviste á la nueva idea de tales armiños y oropeles, que aparece adornada con el majestuoso manto de la verdad; una guardia de honor de pensamientos, donosamente ataviados, se emplea en defenderla de cualquiera discusion que le salga al paso, y una numerosa cohorte de deducciones, *soi disant* lógicas, medra á la sombra de esta morbosa oligarquía intelectual. No le harán mella los dardos de la opinion pública, ó sea el sentido comun en el mundo exterior, pues las fronteras del cerebro no son practicables sino para lo que puede convenir al mayor arraigo y prepotencia de la idea dominadora; las sensaciones externas y los consejos, ó no hallarán entrada, ó serán compaginados de modo que añadan prestigio al autocrático pensamiento. Mientras tanto, la idea principal, sobrante de actividad, no cesa de proliferar, dando orígen á otras ideas de carácter secundario que, multiplicándose á su vez, coordinándose y combinándose mútuamente, forman un pequeño mundo de delirios, cuya solidaridad inquebrantable constituye ese conjunto frenopático á que Falret ha dado el nombre de *delirio sistematizado*.—Así pasan las cosas en el período que podríamos llamar *constituyente*, ó agudo de la monomanía: hasta aquí las ideas delirantes habian ido conquistando mayores ámbitos; pero llega dia en que el delirio nada adquiere ni nada pierde; el enfermo dice siempre las mismas cosas; á lo mas, cambia algunos pormenores en sus relatos: entonces, la monomanía queda *constituida* en su estado *crónico* y el delirio se llama *estereotipado*.

De esta sucinta descripcion, resulta un hecho fundamental,

que por sí solo establece una capital distincion entre la manía y la monomanía: aquella, segun hemos dicho, tiene como carácter patognomónico la difusion y la generalidad del delirio; en esta, el delirio forma un foco que establece relaciones y coordinaciones á mayor ó menor distancia; en el primer caso, el eretismo de las células intelectuales era universal, y por lo tanto, esencialmente movible; en el segundo, es local, y por consiguiente, fijo. Esta misma localizacion del eretismo cerebral da lugar á que este sea mas intenso, y por lo mismo, mas fijo y mas avasallador de las regiones adonde su influjo alcanza. Retumbando el eretismo de las células intelectuales sobre las de la capa profunda de las circunvoluciones, excita la voluntad con extraordinaria potencia y determina acciones en el sentido del delirio. Obrando por reflexion sobre los tálamos ópticos, da lugar á sensaciones alucinatorias adecuadas á la idea principal, que vienen á sancionar y dar certeza al delirio. Esta misma fuerza de irradiacion de la idea morbosa fundamental, da orígen á delirios secundarios, que, si bien son menos vivos y no fijos como el primitivo, son suficientes á enseñar que la monomanía puede concertarse con el *polidelirio*.—La naturaleza de los delirios secundarios, ó derivados, es sumamente variable, pero son raros los monomaniacos que no presenten *delirio de persecuciones*: al ver la oposicion que el mundo hace á sus ideas, que se les priva de libertad y que no se les otorga lo que, en consonancia con sus pensamientos, créense con derecho á obtener, considéranse rodeados de enemigos ruines y envidiosos, que meditan su exterminio ó conculcan su felicidad.

Descendiendo á un análisis mas detenido del estado de las diferentes facultades del monomaniaco, se echa de ver: 1.°, que la *atencion* no es defectuosa, sino que, hallándose la mayor parte del tiempo derivada en sentido de las ideas delirantes, son muchos los momentos en que no se fija en las impresiones del mundo exterior; 2.°, que tampoco hay verdadera depresion de la *memoria*, pues si frecuentemente el enfermo olvida lo que se le ha dicho, es á causa de que presta poca atencion á todo lo que no esté relacionado con sus ideas dominantes; 3.°, que la *asociacion de las ideas* es muchas veces incoherente, no solo en lo que dice relacion á las categorías sanas del entendimiento, si que tambien frecuentemente en las mismas esferas del delirio; 4.°, que el *juicio* es la facultad intelectual mas profundamente trastornada, debiéndose á esta perturbacion los delirios de la idea principal; 5.°, que mientras, en algunos monomaniacos, la *imaginacion*

peca por exceso de viveza y de travesura, haciéndoles concebir proyectos atrevidos y excitándoles á empresas temerarias, en otros se arrastra pesadamente dentro del área del delirio; 6.°, que en estos enfermos hay una profunda alteracion de los *sentimientos* y del *carácter moral*, tornándose egoistas, presuntuosos, malévolos, disipadores ó avaros, suspicaces, mentirosos, temerarios ó impúdicos; 7.°, que las *facultades afectivas*, en algunos de estos enfermos, manifiestan tan extraordinaria sobrexcitacion, que raya en delirio, mientras que en otros los sentimientos experimentan una perversion que origina repulsiones ó antipatías inexplicables é indiferencia ó desafecto por lo que antes amaban con mas ardor.

No es raro que, al principio de su enfermedad, el monomaniaco se dé cuenta de las anomalías de su razon y emplee no poco esfuerzo para volverla á buen camino; otros, empero, abrigan tal conviccion de la realidad de sus ideas delirantes, que desconocen por completo su perturbacion mental y se irritan contra los que se empeñan en demostrarles su error. Así, pues, la *conciencia* de estos enfermos presenta diferencias muy importantes, que no deben echarse en olvido cuando se tratan de fallar sobre su responsabilidad moral. ¡Cuántos monomaniacos reconocen con espanto las consecuencias de las impulsiones que les mueven, y, sin embargo, acaban por ceder á la violencia de la voluntad pervertida!

La perturbacion de los sentimientos y de los instintos del monomaniaco no es primitiva ni espontánea, sino, antes al contrario, consecutiva al delirio intelectual y, por consiguiente, resulta de la falsedad de las convicciones y de las ideas, que son mas vivas y mas pujantes que las normales, ó sanas; las corrientes de la voluntad no obedecen á estas, sino que se pronuncian en sentido de aquellas; de ahí los insaciables deseos de obrar segun las tendencias del delirio y la tenacidad en los propósitos que tienden á dar satisfaccion á estos designios. Por esto el monomaniaco es repulsivo á todo consejo externo, ni cree necesitarlo; ¿qué mas há menester para obrar, si no les faltan poderosos móviles en sus conceptos delirantes? ¿No tiene la íntima conviccion de que sus ideas son verdaderas é irrebatibles?

La *sensibilidad física* de los manomaniacos suele estar profundamente perturbada por alucinaciones ó ilusiones, que ora son hijas del delirio intelectual, ora son, si no orígen, uno de sus principales fundamentos ó refuerzos de este. En ciertos casos, se hacen tan preponderantes estas anomalías de la sensibilidad, que

la monomanía recibe el nombre de *alucinatoria*, ó *sensorial*.

Notables variedades se observan en punto á los *actos* y *costumbres* de los monomaniacos: los hay cuyo delirio no les impide dedicarse á sus habituales tareas, ni vivir en la sociedad; otros están tan absortos por el delirio, que se distraen de todos sus negocios, desatienden á sus deberes, y sus intereses, si otro no los cuida, se encaminan precipitadamente á la ruina; por último, en algunos, puede tanto el delirio de persecucion, que abandonan todo trato social, se alejan de sus parientes y conocidos y, como los misántropos, se encierran en el mas riguroso aislamiento. Si su situacion no inspirase mucha lástima, no habria cosa mas soberanamente ridícula que el comportamiento de estos enfermos: tal se abstiene de orinar, porque cree que es tal la cantidad de líquido que contiene su vejiga, que causaria una inundacion; tal otro, que cree tener piernas de cristal, anda con suma precaucion por no chocar contra cuerpos duros que podrian quebrarle sus frágiles miembros; el de mas allá procura no tocar objetos metálicos ú otros de algun valor, temeroso de hurtar las partículas que podrian quedársele en los dedos; uno hemos conocido que, creyendo que una gran serpiente anidaba en su estómago, comia doble racion para mantener satisfecho el apetito del reptil y evitar de este modo que se cebase en sus entrañas; cítase otro que no se aproximaba á la lumbre ni al sol, pues, creyendo que su cuerpo era de manteca, temia derretirse.

Marcha.—La monomanía, como la manía, puede presentar una marcha contínua y regular, recorriendo los períodos de invasion, aumento, estado y declinacion sin ofrecer oscilaciones. La mas comun es la forma remitente y paroxística y no dejan de observarse casos de tipo intermitente mas ó menos definido. En los paroxismos, que pueden presentarse sin causa conocida ó bajo el influjo de una emocion moral ó bien por la accion de ciertas evoluciones orgánicas fisiológicas, como la menstruacion, el delirio adquiere una intensidad inusitada, y hasta puede perder momentáneamente su carácter de parcial, haciéndose general y difuso. Persistiendo este estado por un tiempo indefinido, la monomanía puede trasformarse en manía ó en lipemanía.

Etiología.—Poco tendremos que añadir á lo que llevamos expuesto en el capítulo XV, página 216, en que hemos tratado de la *Etiología de las enfermedades mentales en general*. Recuérdese además lo que hemos dicho relativamente á las causas de la manía. Entre las enfermedades mentales, ninguna, en sentir de Baillarger, Renaudin y Calmeil, se observa con mas frecuencia

que la monomanía, y aun es muy de notar que, en la mujer, es la mitad mas frecuente que en el hombre.

La *herencia* figura en primera línea entre las predisposiciones individuales, entendiéndose este influjo del modo que en su lugar queda explicado, esto es, que para reputarlo positivo, no es indispensable que la monomanía haya sido patrimonio de los ascendentes, sino que basta que en las condiciones patológicas de estos figure cualquiera vesania ó siquiera una neuropatía.

Son indicios de propension á padecer esta forma frenopática: un carácter extravagante, el sobrado apego á la propia personalidad, las pasiones muy violentas, las inclinaciones irresistibles y las genialidades excesivamente evidentes.

En diferentes ocasiones se ha observado el influjo de la *imitacion*, y si por algo se ha dicho proverbialmente que *un loco hace ciento*, debe ser con relacion á lo que puede el contagio moral de la monomanía. La *locura de dos*, que han descrito Lasegue y Legrand du Saule, no es mas que la monomanía que se propaga á las personas que viven en íntimo consorcio con locos de esta clase. Es digno de tenerse en cuenta que el que *aprende* la locura bajo el poder del ejemplo, en medio de su delirio, no pierde el sentimiento de autoridad para con el monomaniaco de quien ha tomado el ejemplo, á no ser que se les haga vivir independientes y separados.

Cuéntanse entre las *causas ocasionales* de la monomanía: la vida relajada ó irregular, la excesiva aficion á las lecturas novelescas, los contratiempos del amor, los disgustos domésticos, los estudios precoces, las contenciones de espíritu, el fanatismo religioso, las meditaciones ascéticas, las vigilias prolongadas, las emociones muy vivas, los pesares, las descepciones, las humillaciones, etc. Por último, como condiciones etiológicas del órden *somático*, hay que enumerar: el embarazo, el parto, la lactancia, la supresion del ménstruo ó de cualquier otro flujo habitual, y las secuelas de algunas enfermedades agudas, tales como la fiebre tifoidea, la pneumonía, etc.

Especies ó formas de la monomanía.—Segun la perturbacion principal se manifieste en las facultades intelectuales, en las afectivas, en la sensibilidad ó en los instintos, las monomanías toman los nombres de *intelectuales*, *afectivas*, ó *pasionales*, *sensoriales* ó *alucinatorias* é *instintivas* ó *impulsivas*. Estudiemos separadamente cada una de estas especies ó variedades de la monomanía.

Monomanías intelectuales.—Inclúyense en este grupo todas las

monomanías cuyo delirio tiene su punto de partida en una ó mas ideas falsas, que no tardan en volverse fijas dominando despóticamente el juicio. En las páginas 436 y 437 hemos descrito las evoluciones de las ideas morbosa, hasta llegar á fijarse y someter el entendimiento. Tambien hemos dicho que raras veces el delirio mantiene el carácter de unidad, sino que las irradiaciones de la idea principal engendran *delirios secundarios*, que se enlazan con el delirio que podríamos llamar *generador*. Imposible seria describir las múltiples variedades de monomanías intelectuales, pues estas son tantas, cuantas las ideas primordiales que pueden surgir en la mente; sin embargo, merece mencion especial, por ser el tipo mas frecuente entre los que á este grupo corresponden, el de *monomaniacos inventores*. Estos enfermos dan en la idea de que han hecho un grande descubrimiento: tal ha encontrado el movimiento contínuo; este pretende demostrar la cuadratura del círculo; el de mas allá ha hallado el medio de dar direccion á las mongolfieras; esotro ha descubierto un elixir que procura la inmortalidad, etc. Toda su existencia se consagra al invento: no hay Academia adonde no acudan, ni Exposicion adonde no concurran. Las repetidas negativas que por do quiera encuentran, no les hacen mella, ni bastan á templar su ardor: son, segun aquellos, la ignorancia y la envidia que se conciertan para que no salga á flote su trascendental descubrimiento. De este mismo órden son los poetastros y ciertos compositores de música que á todas horas se hallan en las antesalas de los empresarios de teatros, porfiando para que se den al público sus obras.

Parchappe, refiere diferentes casos de esta variedad de monomanía. Un magistrado, de mediana inteligencia, sostenia que todas las enfermedades de las grandes poblaciones dependian de la intoxicacion causada por el agua que pasa por conductos ó espitas de cobre; otro sugeto, citado por Van-Swieten, habiendo oido decir que las personas mordidas por un perro rabioso no se salvaban á pesar de la sangría, dedujo que las lancetas de los sangradores contenian vírus lísico, y que este, por las sangrías, contaminaba á otras personas, las cuales á su vez, ya contaminadas, podian, por el simple contacto, contagiar á los demás; en consecuencia, resolvió no tocar jamás á nadie, inclusos su esposa é hijos.—Una señora jóven, extraordinariamente nerviosa, habitualmente dominada por los celos, despues de haberse dedicado con excesivo ahinco á un trabajo artístico, experimentó un arresto menstrual, en pos del que fué asaltada de la tenaz idea de que ella mataria al objeto de sus celos; esta enferma tenia clara nocion

del estado patológico de su mente, pero no podia librarse de este terrible pensamiento.—En *Nueva-Belen* hemos tenido una señora religiosa, de flaca constitucion y muy excitable, pero sana de cuerpo, que creia que sus huesos estaban descoyuntados y metidos en la piel como en un saco de figura humana, y que era tal la sequedad de su organismo, que se habia vuelto inflamable como la pólvora: no se movia sino adoptando todo género de precauciones para evitar que se le horadase el pellejo, temiendo que por la abertura se escurririan todos los huesos, y evitaba asimismo la proximidad de todo objeto en ignicion, creyendo que arderia instantáneamente. Con un tratamiento moral sostenido, esta enferma logró su curacion

Monomanías afectivas, sentimentales ó pasionales.—Así se llaman, segun el Dr. Linás, aquellas locuras en que, sin dejar de haber algunas perturbaciones de la inteligencia, culminan las anomalías de las facultades afectivas, dando lugar á cambios profundos en el carácter moral. Esta especie comprende tres variedades: la *monomanía religiosa* y la *monomanía orgullosa.*

La *monomanía religiosa*, caracterizada por ideas exageradas y extrañas que hacen referencia á las creencias y prácticas religiosas, presenta dos formas bien distintas, segun recaiga en sugetos apocados ó en personas dotadas de imaginacion fogosa. En el primer caso, constituye la *monomelancolía mística*, de que nos hemos ocupado en la página 403; en el segundo, las ideas religiosas, lejos de ir acompañadas de un sentimiento de depresion moral y de tristeza, se asocian á un grande entusiasmo, á la exaltacion del aprecio de sí mismo y á un estado alucinatorio: recibe mas propiamente el nombre de *theomanía.* Estos monomaniacos se creen inspirados de la divinidad; tienen frecuentes revelaciones celestiales; comunican con los ángeles; son los escogidos para llevar á cabo una mision sagrada; son el instrumento de la Providencia, para trasmitir sus mandatos á los mortales; anatematizan y maldicen á todos los que se atreven á contrariar sus designios, y, llevados por su entusiasmo, son capaces de cometer los mas cruentos sacrificios. Dos alienados, citados por Pinel y Esquirol, creen que es preciso regenerar el mundo por medio de un bautismo de sangre, y pasan á cuchillo á diferentes personas. Otro, para dar públiico testimonio de que tiene poder de obrar milagros, levanta una hoguera y perece en ella. Jonatan Martin, para obedecer la voluntad de Dios, que le ordena purifique el templo, incendia la catedral de York. Una madre mata á su hijo, para convertirlo en ángel.

La *demonopatía*, la *demonolatría*, la *zoantropía* y la *cinantropía*, que algunos estudian entre las variedades de la monomanía religiosa, las hemos descrito entre las monomelancolías místicas, habida razon al predominio de los sentimientos morbosos de tristeza que en ellas se observan.

La *monomanía erótica*, ó *erotomanía*, que, al revés de la melancolía amatoria, no deja de observarse con bastante frecuencia, consiste en una exageracion del sentimiento de amor puro, casto, desinteresado y libre de pasion carnal, inspirado por persona de sexo distinto ó por una entidad forjada en la imaginacion del alienado. El erotomaniaco consagra toda su actividad psicológica al culto del sér idolatrado; no piensa sino en este y no siente sino por este; dominado por una extraordinaria exaltacion erótica, sus palabras revelan la mayor ternura; busca la soledad, para recrearse pensando en la persona amada, para escribirle ó para dedicarle composiciones poéticas. No pierde ocasion de ver al objeto de su cariño y hasta encuentra gran consuelo contemplando sus cartas, sus vestidos, sus libros, la casa en donde mora, las calles por donde suele pasear, etc.

Don Quijote de la Mancha, tributando caballeresco culto á la *sin par Dulcinea del Toboso*, nos presenta uno de los tipos mejor descritos de la erotomanía, que, por lo demás, no es exclusiva de la edad juvenil, sino, al contrario, muy frecuente en la ancianidad, en el sexo femenino y en el estado de viudez. Las novelas, los relatos de aventuras amorosas y ciertas impresiones del teatro, deben figurar entre las causas ocasionales de esta vesania.

Monomanía orgullosa, ó *megallomanía*.—El Dr. Linás,—cuyo artículo sobre la *monomanía*, del *Dictionaire des sciences medicales*, hemos consultado al escribir este capítulo—establece una importante distincion entre esta variedad de la monomanía, el delirio prodrómico de la parálisis general y el de la excitacion maniaca. El delirio ambicioso de los paralíticos es general, difuso, exuberante, ruidoso, móvil, diverso y variado en sus objetos; presenta chocantes contradicciones y manifiestas incoherencias y va, por lo comun, acompañado de los primeros indicios de la parálisis, como son: vacilacion al andar, locucion embarazosa, desigualdad de las pupilas y convulsiones clónicas de los músculos de la cara. El delirio ambicioso de la excitacion maniaca, que es tambien general y difuso, se asocia á una extraordinaria agitacion: el enfermo grita, canta, amenaza, destruye ó hiere. El delirio de la monomanía orgullosa es

parcial, fijo, coherente, sistematizado y no revela mas que la extraordinaria exaltacion del amor propio.

Estos monomaniacos no desmienten ni en sus actos, ni en sus palabras, ni en sus escritos, el alto sentimiento de su personalidad. Créense inmensamente ricos, nobles ó poderosos y jamás descienden de su elevada dignidad. Considéranse superiores á los demás hombres; á todos tratan con desdén; miran con desvío á sus parientes; hablan en tono imperioso; adórnanse el pecho ó la cabeza con distintivos y condecoraciones frecuentemente ridículas; se dan títulos y honores; no desperdician ocasion para exhibirse y publicar sus méritos; escriben largas epístolas á los soberanos y á todos los personajes ilustres, y jamás están satisfechos del trato que se les da, en razon á que este no corresponde á su distinguida nobleza. Algunos, en vista de que no se les otorgan las distinciones á que se consideran acreedores, créense perseguidos por envidiosos y ruines, que no perdonan medio para causarles daño; por esto, muchos son en extremo suspicaces: en cualquier palabra ó accion, creen descubrir una celada ó una traicion aleve; el manicomio es una cárcel, en donde les retienen sus implacables adversarios, para atormentarles á su sabor y librarse de su sombra y de su poder.

La siguiente exposicion, recientemente redactada por un monomaniaco, que hace mas de diez años reside en *Nueva-Belen*, bastará para formar concepto del estado de las ideas en la *megallomanía* (1).

«*San Gervasio de Casolas en Nueva-Belen*,
10 *de Febrero de* 1874.

»Señor Gobernador Civil de Barcelona:

»El ministro cesante, D. Bernardo de R. C., víctima hace ocho años de las sociedades secretas que le persiguen desde sus menores años en nuestra patria, deprimido por ellas de nuevo en los manicomios de este pais, vése en la necesidad de dirigirse á V. S. con el objeto de obtener su libertad, ejercicio de sus derechos y defensa de sus bienes é independencia. En inmoral frenesí, el Dr. Giné y Partagás, contra mi persona y derechos, han sentado el principio en sus libros y registros frenopáticos aliénicos de manía ó demencia, al hecho real de ser titular y haber sido ministro en mis menores años ó sea en el reinado de D.ª Isabel;

(1) Se publica sin corregir el estilo ni la ortografía.

como quiera que este Médico sea individuo de varias de las sociedades secretas, que me persiguen, no manifestaria á V. S. tal hecho, sino se hallaran empeñadas algunas de ellas no solo en arruinarme y dejarme en la mendicidad, sino de negar absolutamente los hechos de mi historia, bienes y fortuna: y àduciéndolos de manía y enagenacion mental en mi persona, esplotando en este sentido por medio de la malafe, la mentira, el enrredo, la iniquidad, la depresion, tiranía y sùperchería, no solo para retenerme cerrado perpétuamente en estos manicomios y robarme los bienes (sino esten todos en poder de aquellas) y asesinarme por medio del veneno para no desprenderse de aquellos. Así es que una de las columnas desta diario frenopático (la de obserbacion) dicie:=Se dice ser baron de Morella=que fué ministro á los ocho años durante el reynadó de D.ª Isabel y se crehe llamado á salbar á su patria de los males que siente y peligros que le amenazan: llamame petulante y presumido y que en mi persona no existe mas que gran petulancia y presuncion. Apesar de la injuria grabe, que se obserba en dicha nota contra toda persona decente y bien nacida, cuya grabedad alarmante dejo á la consideracion de V. S. en toda época y ocasion; pero especialmente despues de ocho años de manicomio y de resistencia abierta y manifiesta á las opiniones, ideas, terapéuticas, fórmulas, medicinas de los Médicos de este establecimiento; como del error crasísimo, que dicha nota incluye ya referente á la edad: pues no eran ocho años sino seis y medio prosimamente cuando me encargue de la presidencia del consejo de ministros en 1843 y de que ello habla la historia oficial de nuestra patria como los autores Bargos; Lafuente y Marques de Miraflores, deque en las mismas obras ya seme llama Baron de Morella y Conde de San Bernardo, deque la guía de mil ochocientos cuarenta y cinco así lo espresa terminantemente; de la inecsactitud de opinion ó apreciacion de miscualidades, de la grosera clasificacion y exageracíon de la misma, ha de permitirme V. S. la nacion y el gobierno de la república decir, que si bien jamas he pensado que pueda ser el aviso capaz de salbar á su patria de la bancarrota que la amenaza, ni de la existencia misma, vistos los perniciosos de la rebolucion del 68, los daños atrozes del federalismo y mobimientos políticos habidos desde 1864 á el presente; comparado todo con mi movimiento llamado del Ampurdan, el establecimiento de la republica Confederada, el golpe de estado y mi ministerio economico politico financiero, bien uno puede presumir llegara algun dia, apoder ó contribuir á salbarla; y un mas ra-

zon creo poder pretender el derecho de aspirar á rigirla y tambien gobernarla: pues en las soluciones dadas por Figueras, Pí Margall; Salmeron y Castelar vien creho los confederados amas que los ministros federales aspirar, *once mil* millones se han gastado en un año segun el ministro Tutau y contal despilfarro en las situaciones, que los disfrutaron afin de la felicidad de la patria, bien sepueden mis retraciones monarquicas y republicana tenerse en mas, que hasta de aquí; bista la quiesemcia enque aquellas han quedado por sus pruebas ó trastadas. Mas dejando ahora los hechos y apreciaciones de los Médicos de esta casa, su conducta interior y sus actos para conseguir retenerme en los establecimientos con ciega obediencia de los gefes de las secretas sociedades aque obedecen: y entrando en el hecho de la pribacion de libertad, de la tremenda é inícua espresion, que esas tenebrosas sociedades de ladrones han hechado sobre mí, y que diseminadas por la corte, esa ciudad; Zaragoza; Lerida; Huesca; Sanfelíu; Sariñena; Villa de Gracia; Pira; Barbastro; Fraga; Tamarite; y otras poblaciones, no me dejan mober ni respirar ni dentro de estos lupares de la muerte y la mentira de iniquidad y de la infancia, no puedo menos de manifestaros el disgusto atroz, que me causa la proteccion inmoral, que les dan así los ministros, como los gobernadores y gobiernos. El décimo cuarto gobernador aquien me dirijo es V. S. y hasta lafecha ni uno me ha visitado, ni gefe de vigilancia, empleado, comisario ni agente embiado; degradacion grande es para nuestra patria; la nacion de la hidalguía y la nobleza; de el amor á los ciudadanos y lavida; y hundido un ministro antiguo ya y respetable en sus manicomios, no recibe de los gobernadores cibiles, ni la vigilancia pública prueba de afeccion ni ausilio alguno; tanta iniquidad parece mentira en el siglo en que vivimos; tan relagacion de costumbres, tanto eseptisismo no solo es digno delos tiempos del terrorismo dela gironda ó la bastilla; delos rojos y descamisados.

»En verdad que la contradiccion federal no se concibe, la forma de los derechos penales y con haber recibido á todos nuestros antecesores ni áun siquiera me han visitado; ni la Comunne de Paris de estos tiempos; ni la Internacional de Alcoy hubieran con tanto desprecio obrado de los derechos de los hombres en la cabeza de un inocente jefe de partido y Ministro. Pero he dicho que víctima de secretas sociedades corre peligro mi vida y que el cobro de mi gran fortuna es la causa de la depresion, que estoy sufriendo; para que V. S. se convenza de ello bastará mentar que ya en mis menores años se me persiguió en este sentido an-

tes del mobimiento del Ampurdan y la formacion de Ministerio; á cuyas circunstancias y polémicas naturales, discusiones y causas, pleitos y dilucidaciones crehen algunos de mi elebacion en la política y el ejército; pero muy especialmente el haberme elevado tan niño á la presidencia de un Ministerio. Ya entonces las sociedades secretas, que hoy indico, estaban armadas contra mí de una manera imponente y formidable; de ello existen datos en la estadística criminal y archibos de los tribunales; ministerios, direcciones y gobiernos; y habiéndome hallado cerrado en este pais, el de vuestro mando debe ser de los que no tengan menos. Exaltados entoces con la distraccion de mi fortuna, que segun las Córtes del 1843 se valuaba en *setecientos* millones de reales: procedentes sobre *seiscientos millones* de los bienes del Excelentísimo Señor Conde de P. que me habia nombrado heredero, y de cuya herencia disfrutaba como tal heredero; treinta y cuatro millones del Excmo. Sr. Baron de L., que tambien me habia hecho heredero, y de cuyos bienes disfrutaba todavía: De *cuatro* millones que me regalaron por mis serbicios á la dinastía y su real persona Doña Isabel II (nuestra augusta desterrada). De *diez* y *seis* millones de reales ó sean cuatro de francos, que regaló S. M. Don Luis Felipe de Orleans, rey de los franceses; de varias suertes de lotería que obtuve pingües premios, mis adquisiciones en líneas nacionales y en la campaña de Africa de aquella época; en las querencias y voluntad del robo de la misma, usurpacion y aniquilamiento, y en la actualidad con la consumaclon de aquellos crímenes; inutilacion de datos, antecedentes; documentos, expedientes; negacion de ellos y cohibicion absoluta é imposibilitacion de reclamacion, alevigracion, ejercicio de mis derechos y debocion de fortuna, incautacion de bienes, ni tengo pariente ni amigo que no se halle complicado en dichas sociedades ó tema la rigidez ó inmoralidad de las mismas: hasta el extremo de que los Médicos de este establecimiento, se empeñen no solo en retenerme en una mesa miserable segunda, mal vestido y alimentado; cuidado y aliado; sin serbicio alguno, ni siquiera un miserable criado que enviar á V. S. en demanda de la proteccion, que para librarme de las insolencias y groserías de la empresa, Médicos, empresarios y criados que con mucha frecuencia necesito: á pesar que aun cuando arruinado por las sociedades secretas, como digo, existen todavía tutores y honrados de ellas, que están en ideas de indemnizarme, darme y pagarme cuanto en su poder me tienen, deben y yo necesito; pero que en el loco orgullo de los doctores Giné y M, no puedo escribir ni ponerme en co-

municacion y relaciones con ellos: á cuyas extralimitaciones y crímenes veo con sentimiento, que, asiente ese gobierno civil con inmoralidad mas que notoria y asímismo demagógico infernal: el que sostenido por la Academia de medicina y cirujía de Barcelona inutiliza mis esfuerzos; hasta el extremo de pribarme la empresa de este manicomio, de la percepcion y disfrute de varios socorros y *asistencias* á que tengo derecho á percibir en la asociacion del colegio de abogados de Cataluña de *dos mil* reales vellon mensuales; con cuya cantidad hay suficiente para mis gastos de 5.ª, criado, ordenanza, médico y agente; bestir equipo, solares, ocupacion y en esta situacion manera de bibir; cuya asistencia ó pension no cobro por la reclusion en que los Médicos de Nueva-Belen y administracion me tienen hasta de aquí; apoyados por el loco frenesí de mi padre y las excitaciones de una sociedad secreta de médicos que tambien me persigue, y la imprudencia, que con la comision en el cumplimiento de buestros deberes alentais en estos médicos. Así, pues, en bista de cuanto llebo á V. S. manifestado, espero de V. S. Señor Gobernador civil de la provincia de Barcelona y la educacion de V. S. y vuestros gobiernos; de vuestros empleados y oficinas, que hareis venir al agente; comisario y jefe de vigilancia pública á visitarme ya que no vengais vos mismo, y obligándoles á sustanciar expediente, multareis á la empresa de Nueva-Belen con 20.000 duros por la injuria de la clasificacion frenopática que á V. S. indico: en 30.000 por la falta de libertad con mi persona, decoro, dignidad servicio, atencion y maniaca depresion y les consignareis con *seis mil* reales de multa por cada vez que me echen á rueda y conciscion con dementes y sócios; coarten mi libertad de andar por el campo, casa y establecimiento: imposibiliten á bajar á esa poblacion á mis objetos y obligaciones; como por inutilizacion de carta, oficio, recurso ó denuncia; imposicion de salida al pueblo si tubiese agrado ó gusto.»

»A lo que quedará agradecido á V. S. el Ministro cesante.—Baron de Morella, Conde de San Bernardo: Bernardo de R. C.»

Las cartas, exposiciones representaciones', acusaciones y reclamaciones de este monomaniaco, se cuentan por centenares de paquetes.

Monomanías sensoriales ó alucinatorias.—Cuando el delirio de las ideas, sin ser difuso, sino manteniéndose circunscrito en una órbita mas ó menos extensa, está sostenido por sensaciones alucinatorias, y cuando anomalías funcionales de los centros sensitivos dan lugar á alteraciones correspondientes en las facultades

conceptivas y reflectivas, la monomanía merece el nombre de *alucinatoria*. ó *sensorial*. Muchos incluyen entre las monomanías de esta especie la *hipocondría*, pues, en realidad, no faltan en ella aberraciones sensoriales que provocan el desórden intelectual; mas, como uno de los caractéres mas culminantes de estas afecciones es la tristeza y como, por otra parte, no es infrecuente observar su trasformacion en melancolía, hemos considerado que mas bien debia estudiarse como una de las formas de la lipemanía, que como delirio parcial. Hecha esta eliminacion, solo restan dos variedades en la monomanía alucinatoria, á saber: la *monomanía alucinatoria propiamente dicha* y *el delirio de persecucion*.

De dos maneras puede hacer su invasion la *monomanía alucinatoria*: ó aparece súbitamente una sensacion alucinatoria que, sin encontrar lucha ni resistencia, subyuga el juicio y pervierte definitivamente la razon; ó las sensaciones morbosas son al principio rechazadas por la conciencia, fuerte aun por la nocion del orígen anómalo de estas impresiones. Poco á poco las sensaciones anormales van ganando prestigio en las esferas de la inteligencia; los resortes de la voluntad se van debilitando, y al fin, el delirio intelectual se deslinda con toda evidencia, para poner en relieve las perturbaciones de la sensibilidad. Excusamos decir que, en la monomanía alucinatoria, las alucinaciones, así como el delirio, son fijas y parciales.

R. X., de quien hemos hablado anteriormente, es ejemplo de esta forma mental. Sin trastorno mental precedente, cierto dia—hace mas de tres años—vió dos sacerdotes, cuyos nombres indica, que pretendian matarle por medio de descargas eléctricas. Vió funcionar la máquina y sintió fuertemente la impresion de la corriente. Esta vision se reproduce con inaudita constancia; siempre ve los curas con su terrible aparato; los señala con el dedo y cuando el interlocutor dice que nada observa que se parezca á lo que el paciente indica, sospecha que aquel está vendido ó concertado con sus enemigos. Se le hace saber que sus perseguidores están presos; que se les ha ocupado la máquina y que se les ha desterrado á Ultramar: «No son ellos tan lerdos, dice, que no tengan sino un aparato; con él me mortifican, pues para la electricidad no es obstáculo la distancia.»

Los que oyen voces no cesan de hablar con sus fantásticos interlocutores; se enfurecen contra ellos ó se rien de sus chistes. Para algunos, estas voces son mandatos imperativos, que se traducen en actos, á veces de fatales consecuencias; muchos, por

esta via, consuman el suicidio ó el homicidio; otros se someten á una abstinencia prolongada, y otros, en fin, permanecen en una actitud invariable.

A Lasegue se debe la descripcion especial del *delirio de persecucion*, que, por cierto, es uno de los mas frecuentes. Esta anomalía frénica puede reconocer dos orígenes: ó consiste en un error del juicio, en una falsa interpretacion de los hechos, que conduce al enfermo á mal pensar de todo el mundo y á ver en cuantas personas le rodean otros tantos enemigos, calumniadores, traidores ó envidiosos, que conspiran contra su felicidad, su buen nombre ó su fortuna; ó bien nace de una perturbacion alucinatoria, en la que el paciente oye palabras que le injurian, carcajadas de burla, ironías que le ofenden, ruidos que no le dejan dormir, etc.; otras veces hay alucinaciones ópticas, que se asocian á las acústicas, y entonces el alienado, no solo oye las voces ofensivas, si que tambien ve las personas que las producen; cuando las alucinaciones son olfativas ó gustuales, el enfermo rehusa la comida, pues huele ó sabe á veneno, á carne humana, á materia fecal, ó á sustancias podridas, y cree que, con tales manjares, sus enemigos se proponen intoxicarle ó hacerle morir de inedia. Cuando las alucinaciones corresponden á la sensibilidad general, los monomaniacos experimentan una sensacion de quemadura, que les hace suponer que les han envenenado con un líquido corrosivo; ó se sienten magullados y contundido el cuerpo, y creen que les dan golpes; ó de hormigueo incómodo, que atribuyen á corrientes eléctricas; ó de dislaceracion, que les arranca gritos de dolor, y dicen que les desuellan, que les clavan alfileres entre uña y carne, que les extirpan las entrañas, etc. Acosados por tales sensaciones y convencidos de la objetividad de las mismas, se ven inducidos á atribuir la causa de sus males á determinadas personas; por lo que, en todos sus actos manifiestan extraordinaria desconfianza y el propósito de descubrir ó defenderse de sus crueles adversarios. No es raro que tales aprensiones les induzcan á lamentables atentados, incluso el homicidio. Monomaniacos ha habido que, para dar alcance á los insolentes que de contínuo les injuriaban desde la habitacion contigua, han derribado el tabique de separacion; otros, para acabar de una vez con tales contrarios, han incendiado la casa; un alienado de Charenton, cierto domingo, en plena iglesia y en lo mas solemne de la misa, disparó un pistoletazo, á boca de jarro, al sacerdote celebrante, porque creia que era quien le atormentaba sin descanso con la electricidad.

Monomanías impulsivas.—Hoy dia ya nadie admite la manía impulsiva en el sentido que la definió Esquirol, esto es, una enfermedad mental consistente en una lesion *exclusiva* de la voluntad. Conformes casi todos los alienistas con Falret y Morel, consideran que la *impulsion*, que es un fenómeno comun á varias frenopatías, puede, en determinados casos, presentarse como carácter predominante en la alienacion, mereciendo entonces la enfermedad el calificativo de *impulsiva*. La impulsion no es, pues, un síntoma frenopático único, sino un fenómeno asociado á perturbaciones intelectuales ó afectivas, que seguramente obran como determinantes del impulso.

Sentados estos precedentes, la monomanía impulsiva, ó instintiva, debe definirse: *una locura de forma paroxística, cuyo síntoma predominante es una idea fija, que impele al enfermo, á pesar suyo, á obrar ó á hablar en contra de lo que prescribe la moral, ó á cometer actos extravagantes, nocivos, de violencia ó de crueldad, conservando el discernimiento y la conciencia de lo que hace.*

La idea de la monomanía impulsiva, es fija, tenaz é invariable y domina la voluntad, á pesar de los esfuerzos de la conciencia. Se distingue de las impulsiones maniacas, en que estas son variables, movibles, incoherentes, surgen súbitamente y no encuentran oposicion en la conciencia.

En la *etiología* de la monomanía impulsiva, figura en lugar preeminente la predisposicion *hereditaria* á las neuropatías y á las vesanias. Esta aptitud morbosa frenopática, coincide frecuentemente con diversas enfermedades nerviosas, y en el órden psicológico, se revela desde la infancia por ciertas irregularidades del carácter, por gustos caprichosos, por instintos perversos y por un conjunto de costumbres é inclinaciones que expresan un defecto de desarrollo del sentido de lo justo y de lo injusto y de lo bueno y de lo malo, que bien merece el nombre de *idiotismo moral*.

Faltaríamos á un deber sagrado y á un sentimiento de amor patrio, si al ir á trazar en breve espacio la fenomenología de la monomanía impulsiva, asunto que tanto interesa á la Medicina legal, no recomendásemos encarecidamente la lectura de los magníficos trabajos del Dr. D. Pedro Mata. Su inmortal obra de *Medicina legal*, su *Criterio médico-psicológico* y su *Tratado sobre la libertad moral*, son libros que no pueden prescindir de conocer ningun médico español que se precie de amante de nuestras glorias. Sentimos que la índole de nuestra obra, que mira á la

Clínica y no á la Medicina forense, no nos permita dar una idea de tan bellas producciones, las cuales por sí solas serian bastantes á desmentir la gratuita asercion de algunos órganos de la prensa médica francesa, que pretenden que los Médicos españoles carecen de iniciativa y de originalidad.

Segun queda indicado en la definicion, la monomanía impulsiva reviste una forma paroxística: las impulsiones se manifiestan por accesos, cuya duracion es variable, y por lo comun, precedidos de un período de *incubacion* mas ó menos largo. En este, el enfermo se siente asediado por la idea fija; la repele con vigor y logra apartarla, siquiera momentáneamente; despues, la idea vuelve á presentarse con creciente obstinacion, y continúa la lucha moral, pero ya con menos vigor de parte de la conciencia; apodérase del paciente una terrible ansiedad, una vaga inquietud y una penosa angustia, que no le deja reposo: no duerme, se agita incesantemente y sin objeto fijo; descuida sus habituales ocupaciones, y, absorta su atencion en la idea que le domina, no se fija en el mundo exterior; tiene viva cefalalgia, una sensacion de vacuidad y de calor en la cabeza, zumbidos de oidos, ansiedad y ardor precordial ó epigástrico, y aparecen espasmos dolorosos en los miembros. En tal situacion, la idea impulsiva domina por completo al espíritu, y la razon queda vencida en su última trinchera. No falta, empero, nocion íntima del trastorno que se ha apoderado de la mente: el enfermo comprende todo el horror de la accion á que se ve impelido; aparta las ocasiones de realizar el acto; huye de los lugares que puedan favorecer la comision del atentado; tal vez divulga á las personas que le rodean la terrible prueba por que pasa su razon; exhorta á que aparten del alcance de su mano todo instrumento vulnerante; algunos piden que les sujeten con cuerdas ó que les encierren en un manicomio; ¡tanto es lo que, comparando la intensidad del impulso morboso con la débil resistencia que pueden oponerle, comprenden que no podrán menos que sucumbir á aquel! Los mas afortunados logran, por estos medios, frustrar las consecuencias del paroxismo; muchos, empero, llevan á su término la accion que tanto repugna á su conciencia, y este acto es, en cierto modo, el movimiento crítico que resuelve la plétora nerviosa fraguada en determinadas regiones del cerebro.

¿Qué ocurre despues? El monomaniaco impulsivo, á diferencia del que obra bajo el influjo de la manía transitoria, de la locura epiléptica, ó del furor alcohólico, conserva clara conciencia del acto que ha cometido; muchos aprecian la moralidad de la ac-

cion; se arrepienten de ella; laméntanse y se desesperan, y no son pocos los que espontáneamente se entregan al tribunal. En otros, empero, la conciencia permanece callada; se manifiestan indiferentes y, aun cuando relatan la accion con todos sus pormenores, no se sienten atormentados por remordimientos. Dicen, sí, que obraron obedeciendo á un impulso superior á su voluntad y explican sin embozo la ocurrencia. En aquellos, el sentido moral, aunque momentáneamente ofuscado por la impulsion morbosa, no se ha extinguido; en los otros, no queda vestigio de aquel sentido, á pesar de que las facultades intelectuales hayan reconquistado sus dominios.

Segun la naturaleza del acto impulsivo, los autores han descrito diferentes variedades de la monomanía impulsiva, tales como la *homicida*, la *incendiaria*, la del *robo*, ó *kleptomanía* y la de la *borrachez*, ó *dipsomanía*. Nosotros, de acuerdo con los manígrafos modernos, opinamos que aun cuando la impulsion sea el hecho mas culminante en estas formas mentales, si se la considera como síntoma, tiene un valor secundario, siendo lo esencial la perturbacion intelectual que la determina. Importa, sin embargo, dado el interés que el asunto ofrece desde el punto de vista médico-legal, describir separadamente cada una de las formas que acabamos de mentar.

La *monomanía impulsiva homicida* se caracteriza por un irresistible impulso á matar, sugerido por una idea fija, que subyuga la voluntad y aniquila el libre albedrío. Dícese que esta vesania puede presentarse de un modo tan súbito, que llega rápidamente á la obnebulacion de la voluntad y determina la consumacion del atentado; ó de una manera lenta y gradual, trascurriendo un tiempo mas ó menos largo, en que el enfermo combate la idea y la impulsion morbosa, y aun muchas veces sale victorioso de la lucha. Respecto á la *locura impulsiva homicida instantánea*, recurso á que frecuentemente acuden los jurisperitos para defender á los acusados de los mas grandes crímenes, tenemos la satisfaccion de participar de las ideas de nuestro ilustrado compañero el Dr. Pí y Molist. «¡Cosa rara! dice (1), todos son casos de homicidio, los pocos de locura transitoria que en los anales frenopáticos se leen; como que suele darse el calificativo de *homicida* á dicha vesania, reputándola por una variedad de la monomanía instintiva en que acabo de ocuparme. Este dato inspira al mas despreocupado cierta prevencion contra la teoría de aquel

(1) *Apuntes sobre la monomanía.*

padecimiento mental... Entiendo, pues, que los argumentos aducidos, autorizan para establecer el principio frenopático-jurídico de que, si bien la locura parcial se da á conocer á veces por un impulso predominante al homicidio, casi jamás, á pesar de esto, puede calificarse la monomanía de exclusivamente homicida; y que, aun en la que así se diagnostica con rigor, disuena el epíteto de instintiva, porque ella arguye una lesion intelectual ó afectiva, por mas que la primera sea acaso muy oscura.»

Como en la monomanía impulsiva el homicidio es cometido sin cólera ni pasion, el alienado raras veces elige la persona que va á ser objeto del sacrificio: hiere al primero que encuentra al paso, aun cuando le profese la mas entrañable predileccion: el marido mata la esposa á quien adora; el padre sacrifica al hijo mas querido; la madre mata al niño á quien su seno sustenta, etc.

Conviértense en causas determinantes del impulso morboso, las impresiones mas vulgares: estando junto al hogar, en amigable conversacion con su familia, un hombre repara en un puñal; esto basta para inspirarle la idea de degollar á su mujer y á su hijo; coge el arma y hubiera consumado el doble asesinato, si los circunstantes no hubiesen detenido su brazo; una ama, al desnudar al niño que criaba, reparando en la blancura de sus carnes, siente irresistibles deseos de degollarle. Es tambien notable que la monomanía homicida se presente en todas las edades, sin exceptuar la infancia: en el caso de Glanadel, que hemos expuesto en la página 179, la impulsion homicida se inició desde la edad de seis años.

Monomanía impulsiva suicida.—Todo cuanto hemos dicho de la monomanía homicida, es aplicable á la impulsion suicida; solo es diferente el objeto de la impulsion. Puede, pues, ser concebida bruscamente ó nacer de una idea que va conquistando lentamente los dominios de la voluntad, á pesar de los conatos de repulsion que la conciencia sugiere. La experiencia demuestra que es una de las vesanias en que mas frecuentemente aparece el sello etiológico de la herencia, no siendo raro que diferentes miembros de una misma familia se den muerte en una misma edad y por idéntico procedimiento. La imitacion ejerce poderosa influencia en los impulsos suicidas, por lo cual esta vesania, en diferentes épocas, ha revestido carácter epidémico. Tampoco los niños se hallan exentos de esta locura.

Monomanía impulsiva de la borrachez ó *dipsomanía.*—La im-

pulsion morbosa que crea inclinacion irresistible á abusar de las bebidas alcohólicas, no debe confundirse con la aficion á la bebida que frecuentemente se observa al principio de la manía y de la parálisis general: en estas, la aficion alcohólica es un mero síntoma; en aquella, constituye toda la enfermedad. Tampoco debe confundirse la dipsomanía con la *locura alcohólica*: esta última es el trastorno mental sintomático del alcoholismo. Distínguese la dipsomanía, de la *ebriosidad*, en que esta es una pasion, ó vicio degradante, al paso que aquella es una verdadera alienacion mental. A pesar de estas distinciones, útiles en la práctica, no puede negarse que el alcoholismo es una de las causas mas abonadas de la dipsomanía.

La dipsomanía, como todas las monomanías impulsivas, tiene una marcha paroxística: el irresistible conato á beber se presenta de un modo intermitente, cada mes, cada quince dias, cada semana, etc. Hemos conocido un dipsomaniaco, hombre de no escasa instruccion y finos modales, que no se embriagaba sino en primavera y en otoño.

El período de incubacion de la dipsomanía se caracteriza por los mismos síntomas de agitacion, insomnio, ansiedad precordial y alucinaciones que se observan en las demás vesanias de la especie impulsiva; lo que la distingue como variedad, es el deseo imperioso é irresistible de beber. Declarado el acceso, se ve al hombre de modales mas distinguidos, así como á la mujer de costumbres mas irreprochables, burlar toda vigilancia para entregarse á los excesos de la bebida; siendo de notar que, aun cuando estos enfermos ingieran considerables cantidades de licores espirituosos, probando apenas los manjares, pocas veces presentan síntomas de borrachez. Raras son las curaciones de esta vesania impulsiva. Mas, estos enfermos, al parecer dotados de cierta inmunidad para los efectos inmediatos del alcohol, á la corta ó á la larga suelen morir á consecuencia de la intoxicacion alcohólica ó terminan por demencia ó parálisis general.

Monomanía impulsiva incendiaria, ó *piromanía*.—Es preciso distinguir la monomanía incendiaria, de los casos en que el delirio de persecucion conduce al alienado á prender fuego á una casa para acabar con sus enemigos, así como de aquellos otros en que el incendiario es un idiota ó un maniaco que no sabe lo que hace. Los locos que incendian dominados por un impulso irresistible, llevan á cabo su accion sin mas motivo intelectual que la idea de producir un incendio. Conocen lo que van á hacer; quieren no hacerlo; no pretenden vengarse de nadie ni hacer mal á nadie;

prenden fuego en el primer objeto que se les presenta, sin cuidarse de saber cuyo es el dueño; obran, en una palabra, á impulsos de una idea fija que les incita á incendiar. A la vista de las llamas, experimentan una satisfaccion imponderable y se sienten aliviados de las inquietudes que antes les acosaban.

Como en las demás monomanías impulsivas, en la piromanía se encuentra el influjo etiológico de la herencia y casi nunca falta el anemnéstico frenopático. Esta vesania es mucho mas frecuente en las aldeas, en que abundan los imbéciles y las personas destituidas de toda cultura intelectual, que en las ciudades. Aun cuando no es rara en la segunda infancia, la edad comprendida entre catorce y veinticinco años es la que da una cifra mas elevada de estos enfermos. Parece que los albores de la pubertad no carecen de influencia en su aparicion.

Kleptomanía, ó *monomanía del robo*.—Conviene respecto de esta monomanía, establecer las mismas distinciones que hemos hecho en los delirios impulsivos precedentemente descritos, pues, si hay imbéciles, maniacos y afectados de parálisis general que roban sin saber porqué, estos no pueden confundirse con el que se apodera de lo ajeno para dar satisfaccion á un impulso morboso que le obliga á robar. Estos monomaniacos comprenden que hacen mal en robar; quisieran no efectuar el robo, pero ceden á la idea fija que no les concede tregua ni descanso hasta que han consumado la sustraccion. El kleptómano no roba para poseer lo ajeno; no siente la codicia; no pretende enriquecerse: tanto es así, que, una vez se ha apoderado de lo que á otro pertenece, suele olvidar el sitio en donde lo ha depositado; pruébalo tambien el que los objetos robados no tienen para el kleptómano utilidad alguna, y por último, el que muchos de estos enfermos hállanse en posicion de poder poseer holgadamente los objetos robados, pues no les falta dinero para comprarlos.

Tambien la herencia figura entre las causas predisponentes de la kleptomanía. El sexo femenino parece mas propenso á esta frenopatía que el masculino.

Duracion y *terminaciones de la monomanía*.—Nada mas variable que la duracion de la monomanía, pues así como se dan casos que terminan en algunas semanas, otros duran muchos años; no obstante, mientras no haya trascurrido un año desde la invasion, esta vesania puede considerarse aguda, y crónica cuando ha pasado este término. Entonces se observa que, si bien continúan las ideas con la misma fijeza que antes, hay menor coherencia entre ellas y el delirio deja de variar, pues no se

extiende á otros objetos secundarios, por lo cual se llama *estereotipado*.

Además de poder pasar al estado crónico, la monomanía es susceptible de curacion y de terminar trasformándose en manía, melancolía ó demencia, en cuyo último caso la pérdida de las facultades mentales se verifica de un modo tan lento y gradual, que el enfermo puede pasar muchos años sin progresar aparentemente en sentido del decaimiento.

Diagnóstico.—En varios casos, es tanto lo que el enfermo puede dominar los impulsos patológicos de su mente, aparentando hallarse en perfecta razon, que el diagnóstico de la monomanía es sumamente difícil. En tales circunstancias, es indispensable una observacion muy atenta y prolongada para descubrir algun síntoma de alienacion, en las palabras ó en los actos. La comparacion del estado actual con los hábitos, gustos é inclinaciones anteriores del sugeto, podrá dar la luz que se necesita para descubrir el trastorno mental.

El *diagnóstico diferencial* entre la monomanía y la manía no es difícil: basta tener presente, que en esta el delirio es general, difuso, incoherente y variable; la agitacion es contínua: el maniaco canta, grita, blasfema, amenaza, pega, rompe ó destroza; en la monomanía, la idea es fija é invariable, y el delirio circunscrito, coherente, inmutable en el fondo y se presenta bajo la forma de accesos.

No es tampoco árduo el diagnóstico diferencial entre la monomanía y la melancolía: la tristeza morbosa, la profunda exaltacion de la afectividad, causa de los lamentos, quejidos y lloros de estos enfermos; el apocamiento de todas las manifestaciones de la vida cerebral; la falta de actividad física; la elocucion baja; los movimientos lentos, á veces el estupor, etc., son datos bastantes para no confundir estas dos enfermedades.

Pronóstico.—A lo dicho en el capítulo XVII, página 247, bastará añadir:

1.° Que por el mero hecho de que en la monomanía la excitacion se acumula en una region bastante limitada del cerebro, esta enfermedad es mas difícil de desarraigar que la manía y la melancolía, en que el trastorno es difuso;

2.° Que, cuando la monomanía es reciente, es susceptible de curacion rápida;

3.° Que, cuando data larga fecha, es una de las vesanias que mas resisten á los recursos de la Terapéutica;

4.° Que el restablecimiento de la menstruacion ó de un flujo

hemorroidal, ó la aparicion de una erupcion cutánea, pueden ir seguidos de una rápida curacion de la monomanía;

5.° Que, en general, la curacion se establece lentamente, y en este caso el éxito es mas seguro;

6.° Que solo debe considerarse perfecta la curacion cuando el individuo tiene una idea clara y nada vacilante de su estado patológico anterior.

7.° Que las monomanías intelectuales son mas curables que las afectivas, las sensoriales y las impulsivas.

Y 8.° Que las de marcha contínua y regular, curan mas frecuentemente que las intermitentes.

Anatomía patológica.—Hasta el presente no se habian descubierto alteraciones anatómicas especiales de la monomanía; pero los trabajos de M. A. Voisin tienen tendencia á demostrar que los procesos anatómicos correspondientes á esta enfermedad, consisten: en derrames de las materias colorantes de la sangre; dilatacion de los vasos capilares; atrofias y necrosis parciales de las células nerviosas; degeneraciones grasientas y pigmentarias de la sustancia intercelular y notable disminucion de la proporcion normal de fósforo en la sustancia cerebral. Todas estas lesiones se encuentran circunscritas en los tálamos ópticos y en las circunvoluciones parietales.

Tratamiento.—Solo el *tratamiento moral* tiene algunos alcances en los enfermos de este género. El *aislamiento* y la secuestracion en un asilo, es de absoluta necesidad, tanto para el bien del alienado, á quien, por este medio, se le sustrae á las influencias materiales y morales en medio de las que ha nacido su delirio, como en interés de su familia y de la sociedad en general, para quienes estos enfermos constituyen un peligro, tanto mas temible, en cuanto en sus apariencias nada tienen de agresivo.

Ya en el asilo, el monomaniaco debe ser objeto de un tratamiento moral adecuado. El mismo Leuret tuvo que convencerse, ante la práctica, de que es trabajo perdido y aun contraproducente cuantos esfuerzos se emplean en el sentido de convencer á estos enajenados del error en que viven, oponiendo á sus ideas morbosas razonamientos lógicos. Nada se logra por esta via, si no es afianzar el delirio ó exasperar la irritabilidad del enfermo. El procedimiento mas beneficioso estriba en la contradiccion seca y no razonada, obligando al alienado á abstenerse de expresarse en el concepto de su delirio, ó á declarar lo opuesto á lo que constituye sus convicciones morbosas: es preciso obtener de él

frecuentemente, todos los dias, una retractacion explícita de sus ideas, no limitándose á una expresion verbal, sino, en muchos casos, obligándole á consignarlo por escrito. Para lograrlo se apela á la intimidacion, para lo cual suele surtir excelentes efectos el chorro frio. Conviene, pues, no esforzarse en vencer la sinrazon con la razon, sino atacar de frente y por oposicion violenta, las ideas delirantes. La ducha es tambien aplicable, como medio de represion, para corregir la indocilidad, la indisciplina, los conatos de dañar, de evadirse, etc. La intimidacion, así dirigida, ejerce una influencia perturbadora, que raras veces deja de ser útil, mayormente si se asocia á trabajos agrícolas ó manuales, que derivan la atencion del enfermo. Al declararse la convalecencia, pueden ser convenientes las ocupaciones intelectuales, el dibujo, la música, el paseo y un moderado ejercicio.

Los *viajes*, mas bien que útiles, son peligrosos, pues además de que exageran la impresionabilidad del enfermo, dan frecuentes ocasiones á que se entregue á conatos impulsivos homicidas ó suicidas. Solo se sacará ventaja de ellos en los monomaniacos pacíficos ó en la convalecencia de esta enfermedad.

Otra indicacion de primer momento, relativa al régimen moral de estos alienados, se dirige á ejercer sobre ellos la mas exquisita *vigilancia*, para frustrar la realizacion de sus designios de evasion, de dañar, de destruir ó de suicidarse. No hay que fiar en la tranquilidad que aparentan, pues este es uno de los medios de que suelen valerse para burlar á los guardianes.

En cuanto á los *medios físicos* aplicables á la terapéutica de la monomanía, no hay que vacilar en decir, que no hay ninguno dotado de virtudes especiales: los *purgantes*, ejerciendo una derivacion sobre el intestino y combatiendo la constipacion, que no deja de ser frecuente en estos enfermos, son de bastante utilidad; el *opio*, el *bromuro de potasio* y el *cloral* se emplean con ventaja contra la agitacion y el insomnio. Las *moxas*, los *cauterios* y los *vegigatorios*, que en la melancolía dan buenos resultados, en la monomanía no tienen mas aplicacion que como medios de intimidacion y de hipostenizacion moral. Aun no ha sido bastante ensayada la *hidroterapia*, para poder juzgar de su utilidad en esta forma mental.

CAPÍTULO XXIV.

GÉNERO QUINTO.—LOCURAS PATOGENÉTICAS.

Con la denominacion de *locuras patogenéticas* formamos un género, en el órden de las locuras, que comprende todas las enfermedades, ó mejor, las *afecciones* mentales, que, presentando los atributos generales del órden, reconocen una causa eficiente que determina siempre los mismos síntomas frenopáticos, sin que estos, por sí solos, constituyan toda la enfermedad, sino una de sus expresiones dinámicas, que se asocian á diversos fenómenos patológicos del órden somático.

La legitimidad del género que proponemos, y que no sabemos haya sido ideado por nadie antes que nosotros, nos parece justificada por las siguientes consideraciones:

1.° Que, si bien en estas afecciones—locura alcohólica, epiléptica, histérica, coréica, etc.—el trastorno mental tiene algo característico, figura en grado secundario entre los demás fenómenos sintomatológicos.

2.° Que, mientras se han incluido en los géneros del órden de las locuras antecedentemente expuestas,—manía, melancolía, éxtasis y monomanía—los trastornos mentales correspondientes á las especies del grupo que pretendemos establecer, ha sido preciso distribuirlos en varios de ellos, pues sus síntomas son tan pronto de exaltacion como de depresion, de impulsion ó de decaimiento intelectual.

Y 3.° Que esta distribucion, privándonos de reunir estos estados mentales en un grupo especial, obliga á perder de vista su condicion etiológica, ó causa orgánica esencial, que precisamente es la circunstancia de mayor interés desde el punto de vista de la semeiótica y de la terapéutica.

Admitido este género, aparece desde luego compuesto de dos

especies bien distintas por el concepto etiológico: en la primera encontramos las alienaciones mentales que corresponden á la accion de ciertos *agentes tóxicos*, figurando en primer término, entre estos, el alcohol, y comprendiendo, rigurosamente hablando, los narcóticos, los anestésicos, los tetánicos y algunos venenos sépticos; la segunda especie está formada por las locuras que acompañan á otras *enfermedades* y particularmente á las neurosis, tales como la epilepsia, el histerismo, la corea, etc.

Como la mayor parte de las perturbaciones mentales de la primera especie se estudian detenidamente en los tratados de Toxicología y de Patología interna, nos ocuparemos solamente de las *locuras alcohólicas*. Entre las de la segunda, nos ocuparemos de las locuras epiléptica, histérica, coréica y pelagrosa.

Hé aquí, sinópticamente expuesto, el contenido de los cinco capítulos que siguen:

Locuras patogenéticas.—Sintomáticas de un estado patológico, con diferentes fenómenos somáticos que caracterizan una enfermedad que no es esencialmente mental ó una intoxicacion eficiente del trastorno frenopático.	*Toxicológicas.*—Alcohólica.	
	Sintomáticas....	Epiléptica. Histérica. Coréica. Pelagrosa.

Género primero.—Locura alcohólica ó alcoholismo.

El doctor Magnus Hüs, de Estocolmo, creó, en 1853, el nombre de *alcoholismo* para dar á comprender el conjunto de fenómenos morbosos producidos por la ingestion abusiva de bebidas alcohólicas. El alcoholismo se distingue en *agudo* y *crónico*: el primero comprende los síntomas que se presentan inmediatamente despues de la ingestion del alcohol, y el segundo los que son consecuencia remota de una intoxicacion polidósica y lenta por este mismo agente.

Los autores de principios del presente siglo entrevieron las relaciones del alcoholismo y la enajenacion mental, pero se limitaron á algunas observaciones superficiales y no trataron de describir la locura alcohólica. Desde que Calmeil, en 1826, publicó su notable monografía sobre la *parálisis general*, la ciencia se ha fijado sobre este punto y ya no puede ponerse en duda la existencia de un conjunto sintomatológico característico de la intoxicacion alcohólica, así en su forma aguda como en su forma crónica.

Etiología.—De un conjunto de colecciones estadísticas, cuyos pormenores pueden leerse en el magnífico tratado sobre el *Alco-*

holismo, del Dr. Magnan y en un trabajo no menos apreciable publicado por el Dr. Ernesto Marfaing, resulta: 1.°, que la proporcion de enajenaciones mentales debidas al abuso de los licores alcohólicos, es tan crecida, que, por término medio, en Francia, por cada 100 alienados, hay 14 en quienes el trastorno mental reconoce esta causa; 2.°, que esta proporcion va en aumento desde que se ha ido vulgarizando el uso de las bebidas alcohólicas destiladas, que han venido en gran parte á sustituir al vino, á la cerveza y á la cidra: y 3.°, que la locura alcohólica es mas frecuente en el hombre que en la mujer; entre los habitantes de los climas septentrionales que entre los de los meridionales, y entre los moradores de las grandes ciudades que entre los aldeanos.

Así como hay personas que gozan de cierto privilegio para ingerir, sin alteraciones funcionables ostensibles, enormes cantidades de bebidas alcohólicas, se observa que los descendientes de alienados, además de ser naturalmente inclinados á la bebida, son mas impresionables por los espirituosos que aquellos individuos en quienes no se encuentra esta condicion *hereditaria*.

Las *clases* menesterosas, que no pueden oponer al pernicioso influjo del alcohol una alimentacion restauradora y otras buenas condiciones higiénicas, y que, para mitigar sus penas, apelan á menudo á la bebida, dan un contingente mas crecido de alienaciones alcohólicas que las clases acomodadas, que viven en condiciones bromatológicas y perceptológicas mucho mejores.

El vino tinto es mucho mejor soportado que el vino blanco, el aguardiente, y sobre todo, que el licor de ajenjos. Este ejerce una accion especial, determinando convulsiones epilépticas, que, en su mayor parte, deben atribuirse al ajenjo, pues el aceite esencial de esta planta basta por sí solo para dar lugar á estos fenómenos. La costumbre de beber aguardiente en ayunas, favoreciendo la absorcion del alcohol, acrecienta los peligros de esta intoxicacion: en esta parte, el alcohol es como los demás venenos: cuanto mas puro, mas activo.

La *accion del alcohol en la economía* ha sido objeto de interesantes estudios, gracias á los cuales hoy dia es bastante conocida. Llegado al estómago, es absorbido directamente por las venas, y, al circular con la sangre, sin descomponerse ni convertirse en aldeida, ni en ácido acético, como algunos han creido, sino conservándose en sustancia, se pone en contacto con los tejidos y se acumula en algunos órganos, tales como el hígado y el cerebro, que tienen especial afinidad para retenerle. Esta

retentividad es mayor en el cerebro que en el hígado, en términos de demostrarse experimentalmente que si, por ejemplo, un individuo ingiere 100 gramos de alcohol, 75 van á parar al cerebro y 48 al hígado. El alcohol, á pesar de esto, no permanece largo tiempo en la economía; su eliminacion se efectúa, en sustancia, por la exhalacion pulmonal, por los riñones y por la piel, con tanta rapidez, que 14 horas despues de ingerido, no queda la menor cantidad de esta sustancia en el cuerpo.

La reiteracion de los contactos del alcohol con los elementos anatómicos de nuestros tejidos, determina importantes modificaciones y alteraciones de textura, que dan cuenta de los síntomas que caracterizan el alcoholismo crónico.

Anatomía y fisiología patológicas.—Circunscribiendo nuestras investigaciones á la accion del alcohol en los centros nerviosos, veamos lo que acontece en los diferentes períodos que suceden á la ingestion de esta sustancia, hasta que aparece la modorra alcohólica. Las primeras libaciones causan agradable excitacion, que se manifiesta por una alegría expansiva, franca y comunicativa, mayor viveza de la imaginacion, facundia, disposicion al movimiento y olvido completo de las penas, pesares y sentimientos tristes. Si el individuo continúa bebiendo, las ideas aparecen en tumulto, los juicios son erróneos, el raciocinio lento, la razon, en una palabra, se halla en condiciones análogas á las que son propias de la manía aguda; la voluntad ya no es libre, pues sufre el yugo de la sobrexcitacion de las facultades intelectuales: por esto falta la prudencia, y el hombre se hace tan comunicativo, que revela lo que racionalmente debiera callarse; por esto se ha dicho *in vino veritas*. En este período de la embriaguez no hay, pues, solamente sobrexcitacion mental, sino verdadero desórden frenopático. Si, en este estado, el sugeto sigue bebiendo, aparece el tercer período, en que los trastornos mentales son aun mas graves; el desórden se extiende á los centros sensoriales—de donde nacen alucinaciones, especialmente ópticas y acústicas—y á los del movimiento, determinando dificultad en la pronunciacion, inseguridad en la marcha y en la bipedestacion; la cabeza se tambalea, la vista se ofusca, todo rueda en derredor, la inteligencia se apaga, y el borracho queda hundido en un sueño comatoso.

Estos son los síntomas de la *embriaguez comun*; pero hay otra forma, la *embriaguez convulsiva*, descrita por Percy, que afecta á determinados sugetos naturalmente predispuestos á las convulsiones, y que mas especialmente se debe á ciertas bebidas espiri-

tuosas, tales como el mosto artificialmente reforzado con alcohol, el aguardiente de trigo y el ginebra. Despues de una sobrexcitacion mental de poca intensidad, aparecen fenómenos convulsivos; los ojos están medio cerrados, las mandíbulas apretadas, el enfermo exhala gritos y profiere palabras incoherentes; no tiene conciencia de lo que le pasa, y, en medio de su furor, injuria, pega y procura morder á los que le rodean. Despues de esto, sobrevienen convulsiones clónicas y movimientos tan desordenados, que, si el paciente no fuese contenido por brazos robustos, rodando por el pavimento, caeria por una escalera ó se lastimaria contra las paredes. No es raro que tal estado termine por la muerte, pues los accidentes convulsivos pueden repetirse con creciente intensidad y durar mas de veinticuatro horas; sin embargo, lo mas comun es que la epilepsia convulsiva termine favorablemente, dejando un estado de estupor, que no tarda en disiparse.

Las *alteraciones anatómicas* correspondientes á estos trastornos dinámicos, consisten en hiperemias meníngeas y encefálicas, cuya mayor intensidad se observa en la convexidad de los hemisferios. Nótase además, en algunos casos, un derrame seroso en los ventrículos, que evidentemente contiene alcohol, pues lo revela el olor.

Cuando se trata de la *embriaguez absíntica*, caracterizada por síntomas epilépticos ó convulsivos, encuéntranse lesiones debidas al alcohol, que en nada difieren de las que acabamos de enumerar y otras producidas por el aceite esencial de ajenjos; estas últimas, como es fácil preverlo en vista de los fenómenos epilépticos que se observan durante la vida, consisten en hiperemias, cuyo máximo de intensidad no aparece en los hemisferios, sino en el bulbo raquídeo.

Todas estas lesiones son fugaces y se desvanecen como la embriaguez, para reaparecer en cada nuevo abuso. A fuerza de repeticion de estos, fórmanse alteraciones permanentes, que son precisamente las que corresponden al alcoholismo confirmado. Hasta aquí el alcohol se habia limitado á determinar una excitacion funcional en el cerebro; pero llega dia en que el defecto de este estímulo habitual, se convierte en sensacion ó necesidad de excitante, la cual engendra la inclinacion á la bebida; la satisfaccion de esta necesidad produce un placer y bienestar, muy apetecidos por los bebedores: no faltan hombres de genio que han buscado sus inspiraciones mas sublimes en la bebida. Este es mal camino para conservar la integridad del cerebro, pues la

repeticion de las congestiones, deja huellas indelebles en las meninges y profundas alteraciones del parénquima nervioso, las cuales dinámicamente se traducen por perversion y luego por depresion y pérdida de las facultades mentales.

De las *lesiones* propias del alcoholismo confirmado, unas corresponden á las meninges y otras á la sustancia nerviosa. Respecto de las meninges, se observa: en la *dura-madre*, no solo las hiperemias y congestiones propias de la embriaguez, si que tambien procesos inflamatorios que dan lugar á pseudo-membranas, provistas de vasos de nueva formacion, los cuales, por la tenuidad de sus paredes, resisten poco á la dilatacion, y rompiéndose, determinan derrames sanguíneos circunscritos, que son los *hematomas de la dura-madre*, ó difusos, que constituyen la verdadera *apoplegía meningea*.

La *aragnoides*, por su parte, afectada asímismo de hiperemia inflamatoria, presenta condensaciones opalinas, de figura linear, que siguen la direccion de los vasos alojados en las anfractuosidades. La *pia-madre* aparece tambien fuertemente inyectada ó ingurgitada de serosidad. En la *sustancia nerviosa* se notan dos órdenes de alteraciones: unas corresponden á los elementos celulares y otras al tejido conjuntivo, ó neuroglia, que forma la trama del cerebro. Los procesos de las *células nerviosas* comienzan por los capilares que se distribuyen en su espesor: multiplícanse los núcleos de las paredes de estos y aparece luego una degeneracion granulo-grasienta. Este estado se propaga á las células nerviosas mas próximas al vaso afectc, las cuales, de este modo, no tardan en ser destruidas. Mientras tanto, otras células nerviosas conservan aun su integridad y sus aptitudes fisiológicas; de ellas se ampara de cuando en cuando la inflamacion, para destruirlas á su vez. Esto explica que, en medio del estupor ó demencia propios del alcoholismo crónico, aparezcan de vez en cuando síntomas de manía aguda. En cuanto al *tejido conjuntivo*, se observa: que el trabajo inflamatorio determina una activa proliferacion de los elementos; á consecuencia de esto, aumenta la retractilidad de la masa nerviosa, por lo cual las circunvoluciones fuertemente adherentes á la pia-madre, presentan un color gris, como si hubiesen sido maceradas en alcohol y disminuyen de volúmen. Además, las células nerviosas situadas en el estroma de este tejido conjuntivo, son fuertemente comprimidas por este, por lo cual, no pudiendo nutrirse convenientemente, experimentan la degeneracion granulo-grasienta, que las inutiliza para toda funcion. Por estos hechos anatómicos se explican

perfectamente los síntomas de parálisis general progresiva y de demencia que se observan á consecuencia del alcoholismo.

Cuanto mas ricamente vascularizada la sustancia nerviosa, tanto mas pronunciadas son en ellas las alteraciones anatómicas que acabamos de describir; así que, la sustancia gris de las circunvoluciones cerebrales, los tálamos ópticos y los cuerpos estriados, son las partes en donde se observan con mayor frecuencia é intensidad. Los últimos quedan como aplastados en las paredes de los ventrículos, de donde que, siendo mas grande la capacidad de estos, aparezcan repletos de un líquido seroso, en que frecuentemente se percibe olor alcohólico.

Formas del alcoholismo.—Los síntomas cerebrales correspondientes á las lesiones causadas por la intoxicacion alcohólica, constituyen tres variedades nosológicas: 1.°, la *locura alcohólica*; 2.°, la *epilepsia alcohólica*; y 3.°, el *alcoholismo crónico*, que comprende la *parálisis general*, la *demencia* y la *pseudo-pelagra alcohólica*. Por donde se ve, que el alcohol puede dar lugar á casi todas las formas mentales conocidas. Expongamos sumariamente la sintomatología de cada una de estas variedades del alcoholismo.

Locura alcohólica.—Con esta denominacion, el doctor Lagarose comprende genéricamente cuatro formas mentales cuya causa es el alcohol, á saber: el *delirium tremens*—que no describiremos, pues no se observa en los manicomios,—la *manía alcohólica*, la *lipemanía alcohólica* y la *estupidez alcohólica*. Un síntoma comun á todos estos estados morbosos, consiste en un estado alucinatorio característico. Las *alucinaciones* son siempre *penosas* y *movibles* y *se refieren, ó al objeto de las habituales ocupaciones del individuo, ó á las ideas dominantes en el tiempo ó medio en que vive*. El enfermo ve pasar ante sus ojos objetos terroríficos, animales asquerosos, hombres armados que le persiguen; oye voces que le insultan, le deprimen ó le amenazan, ó gritos de dolor ó en demanda de auxilio de las personas á quienes mas estima, etc. Si alguna vez las alucinaciones no son en sí mismas penosas, en las regiones de la inteligencia se convierten en motivos de sufrimiento: así, al que ve arboledas, fuentes y cascadas, estas sensaciones le sugieren la idea de que en estos sitios se solazan sus enemigos, haciendo burla de su miseria.

La *movilidad* de las alucinaciones es tan extraordinaria, que las facultades expresivas del enfermo no son suficientes para traducirlas en palabras: de ahí que su conversacion sea incoherente. No hay un objeto único y fijo para el delirio; sino que, al

contrario, los temas de este son sumamente variables. Si el enfermo se cree perseguido, no ve un solo y constante enemigo, sino que sus adversarios son múltiples y variados; siempre descubre nuevos contrarios, que se conciertan para inferirle algun mal; si se conspira contra él, cada dia son diferentes los conspiradores.

Manía alcohólica aguda.—El delirio alucinatorio, en la manía alcohólica aguda, aparece, ya á consecuencia de uno ó varios excesos en la bebida, ya por efecto inmediato de una viva emocion moral. Raras veces se declara espontáneamente. Las alucinaciones son vivísimas: el enfermo ve agentes de policía que le persiguen; oye voces que le injurian y le acusan de delitos de que se reconoce inocente; ó ve en gran peligro á su mujer ó á sus hijos y oye sus llantos y quejidos. En tal obcecacion, es presa de una agitacion violentísima; responde á los insultos, hace esfuerzos para desprenderse de los que pretenden sujetarle; quiere librarse de sus adversarios y, si no hay quien se lo impida, no es raro que perpetre el homicidio ó el suicidio accidental. En este caso no hay impulsion ciega, como en la epilepsia y en la monomanía impulsiva, sino que la accion perversa, como en la manía aguda, es sugerida por una perturbacion intelectual; por consiguiente, la comision del atentado no es instintiva, sino que en ella intervienen el raciocinio y la voluntad, descarrilados bajo el influjo de un estado frenopático de la sensibilidad y de la inteligencia. El suicidio, en estos casos, es *accidental*, pues, si el enfermo se mata, es por los errores de su sensibilidad, que, por ejemplo, hacen que se sumerja en un rio, creyendo que el cauce es un camino, ó que caiga en un precipicio, porque no repara los accidentes del terreno, pues todo lo ve llano y uniforme.

Melancolía alcohólica.—Esta es la forma que, despues de la manía, es la mas frecuente entre las locuras debidas al alcohol. Se distingue por el fondo de tristeza que domina en el carácter moral del alienado. A las alucinaciones de persecucion, de envenenamiento, de injuria, ó de falsa acusacion, que hemos mencionado en la manía, se agregan errores de la sensibilidad dolorífera, que hacen que el enfermo se queje de golpes, puñaladas ó mordiscos en diferentes partes del cuerpo. El alienado, ó bien soporta con triste resignacion tantas vejaciones, ó bien, reaccionado contra ellas, agota su paciencia, se suicida, atenta contra la vida de los causantes de sus males, incendia la morada en donde cree se cobijan sus enemigos, ó se apropia lo ajeno,

creyendo que le ha sido indebidamente arrebatado, y para resarcirse de un robo. En todos estos actos no hay impulsion ciega, sino que median la reflexion y la voluntad bajo el impulso del delirio alucinatorio.

Estupidez alcohólica.—Este estado, que en el fondo no difiere de la melancolía sino en la mayor intensidad de la depresion moral, se caracteriza por el quietismo en que se halla constituido el enfermo, dominado por un gran terror, nacido de sus alucinaciones ó ilusiones delirantes. Se ve conducir al cadalso, ó contempla el cadáver de sus hijos, ó se halla en medio de un incendio, y no tiene fuerza para reaccionar contra impresiones tan intensamente dolorosas; está helado de terror; parece una estátua.

Estas formas de la alienacion alcohólica comprenden todas las referentes al grupo de las *locuras*; pero no siempre se presentan tan simples y tan definidas como las hemos descrito: al contrario, es frecuente verlas combinadas y aun que en un mismo individuo alternen en diferentes accesos. De todos modos, lo esencial y característico en todas ellas, son las alucinaciones penosas, movibles y variadas.

El Dr. Magnan, tratando de clasificar la marcha y terminaciones de las diferentes formas de la locura alcohólica, ha formado tres grupos principales de estos enfermos: 1.°, los que llegan á una convalecencia benigna, rápida y completa; 2.°, aquellos cuya convalecencia es lenta é interrumpida por frecuentes recaidas, y 3.°, los que logran una convalecencia lenta y perturbada por la aparicion de ideas delirantes, que afectan la forma de delirios parciales. La primera de estas terminaciones se observa en las formas agudas poco adelantadas, en que no ha habido mas que dos ó tres accesos de delirio y faltan predisposiciones individuales, hereditarias ó adquiridas por estados patológicos anteriores á las enfermedades mentales. En estos casos, la convalecencia, en medio de su marcha favorable, no deja de presentar algunas anomalías, consistentes en la dificultad de conciliar el sueño y en alucinaciones, que aparecen en el estado intermedio entre la vigilia y el sueño. A los pocos dias, estos vestigios desaparecen, el sueño es largo y completo y la curacion queda definitivamente establecida. La segunda manera de marchar y terminar la locura alcohólica, es propia de las personas que no abusan de la bebida sino de tarde en tarde, pero desde largos años, de los que toman licores espirituosos en ayunas y de aquellos que, por una disposicion individual contraida

á consecuencia de la fiebre tifoidea, son muy vulnerables al alcohol. En estos enfermos, en que la alienacion mental tiene siempre una marcha sub-aguda, la convalecencia es lenta, las alucinaciones se disipan muy gradualmente y son frecuentes las recaidas y aun las recidivas, mayormente si el individuo comete nuevos excesos. La tercera terminacion de la locura alcohólica, se observa únicamente en las personas naturalmente predispuestas á la alienacion mental; para estos sugetos, los abusos de la bebida constituyen solo la causa determinante del trastorno frenópático.

Diagnóstico.—Los dos primeros tipos de la locura alcohólica establecidos por Magnan, son fáciles de distinguir de cualquiera otra enfermedad mental: basta para este diagnóstico diferencial el carácter de las alucinaciones, los síntomas gástricos y esfígmicos propios del alcoholismo y los datos anamnésticos. En cuanto á los de la tercera forma, la distincion no es fácil, pues, en realidad, hay en ella mas de alienacion mental idiopática que de delirio alcohólico. Segun el Dr. Lasegue, el *delirio de persecucion* es el que mas se asemeja á la locura alcohólica; pero, aun el diagnóstico entre estas enfermedades, no es difícil: en aquel, el campo de las inquietudes es limitado y en esta esfera nada hay que se mueva; pero el delirio monótono tiende á *estereotiparse*, mientras que en el delirio alcohólico, las concepciones son múltiples, movibles y variadas.

Epilepsia alcohólica, ó alcoholismo convulsivo.—La epilepsia alcohólica, que no debe confundirse con la *embriaguez convulsiva*, ni *con el delirium tremens*, pues en la primera las convulsiones aparecen por accesos, como en la epilepsia, ha llamado la atencion de los alienistas modernos, entre cuyos trabajos se distinguen los de Magnus Hüs, Benoit, Giromany, Marcé, Magnan y Challand.

Hüs, preguntándose si realmente existia una epilepsia alcohólica, ó si los casos de alcoholismo convulsivo lo eran de epilepsia preexistente que viene á concomitar con el alcoholismo, cree probable exista una verdadera epilepsia alcohólica, que puede trasmitirse por herencia. Las observaciones de Giromany dejaron fuera de duda lo que en el ánimo de Hüs era solo probable; pero las investigaciones de Marcé, Magnan y Challand sobre la accion fisiológica de la esencia de ajenjos, vinieron á combatir esta opinion y á establecer que solo á este último agente, y no al alcohol, se deben los trastornos convulsivos que aparecen en los que abusan de las bebidas espirituosas. Hoy dia, el Dr. Marfaing,

autor de una bella monografía sobre el alcoholismo, adoptando las ideas del Dr. Challand, cree que es muy posible que, por el solo efecto del alcohol, los centros nerviosos lleguen á experimentar lesiones especiales que determinen la epilepsia. Cree, sin embargo, que si los accesos epilépticos son muy frecuentes, habrá que pensar que no son debidos exclusivamente al alcohol.

La epilepsia alcohólica tiene un período prodrómico que, ó bien consiste en una forma convulsiva particular, con sacudidas bruscas que duran algunos minutos, precedidas de un escalofrío glacial, pero sin pérdida del conocimiento, ó en un estado alucinatorio en que el enfermo ve chispas ó manchas negras, y siente una cefalalgia y una impresion de vértigo especial. En pos de estos síntomas, aparecen los accesos epilépticos, cuya frecuencia va en progresivo aumento.

Formas crónicas del alcoholismo.—Las formas crónicas del alcoholismo se reducen á tres: la *demencia*, la *parálisis general progresiva* y la *pseudo-pelagra alcohólica.*

Demencia alcohólica.—Cualquiera que sea la forma mental de causa alcohólica, si no termina por la curacion, puede venir á parar en la demencia que, como dice el Dr. Marfaing, es el *caput mortuum* de la alienacion. Este estado se presenta de un modo gradual: la inteligencia se obtunde, hay algunas preocupaciones hipocondriacas ó alucinaciones de carácter melancólico, la imaginacion pierde sus brios, la memoria se debilita, las ideas ofrecen cierta incoherencia y los sentidos todos son menos impresionables. Todos estos síntomas constituyen el *período inicial* de la demencia, en el que no resta ya esperanza alguna de curacion. No obstante, si el enfermo sigue en libertad de accion, no deja de cometer nuevos excesos, que acrecientan la gravedad de su estado y sobreviene la demencia confirmada.

Hasta aquí, de vez en cuando aparecia algun período de excitacion maniaca, ó de lipemanía, de accesos epileptiformes ó apoplectiformes; pero, desde este momento, desaparece todo indicio de actividad cerebral: ya no hay ideas hipocondríacas, ni alucinaciones: el enfermo, como dice Marcé, mas *bien se agita, que vive*; vuélvese *clinequesa* y muere á consecuencia de alguna enfermedad intercurrente. En el último período de la demencia alcohólica, sobreviene una parálisis general progresiva, que se distingue de la parálisis general de los alienados por los siguientes caractéres, claramente expuestos por el Dr. A. Founier, en el siguiente cuadro.

EN EL ALCOHOLISMO.	EN LA PARÁLISIS GENERAL.
I. La parálisis principia por las extremidades de los miembros—los dedos—que están entorpecidos é inhábiles antes de llegar á la verdadera parálisis. —Despues, la parálisis asciende hácia las rodillas y los codos y, por lo comun, se limita á estas partes. Es, pues, *parcial* é *invasora*.	I. Las lesiones de la motilidad no comienzan exclusivame por las extremidades; *sino que desde luego son generales*, progresivas é invasoras.
La irregularidad, ó vacilacion de los movimientos se complica con una verdadera *debilidad muscular*.	Las lesiones de la motilidad, en un principio, consisten mas bien en una irregularidad de movimientos, con sacudidas é impulsos espasmódicos, que en una verdadera debilidad. Cuando el enfermo puede dirigirla, conserva toda la energía contractil en sus músculos.—*Lasegue.*—
El temblor, que es uno de los primeros síntomas, es mucho mas manifiesto que en la parálisis general. Al contrario, la vacilacion de la palabra, menos marcada, mas intermitente, mas tardía, y no aparece sino mucho tiempo despues que el temblor de los miembros, ó deja de presentarse.	El temblor es menos perceptible, menos extenso y algunas veces apenas sensible. Casi no existe sino en la lengua y el labio superior; jamás se manifiesta bajo la forma de temulencia general.—*J. Falret.*—
	La vacilacion de la palabra es un fenómeno inicial, casi esencial. No guarda proporcion con el temblor de la lengua.
II. Anestesia casi constantemente asociada á las perturbaciones del movimiento, frecuentemente proporcionada á la intensidad de estas, y afectando las mismas partes, en general.	II. Anestesia mucho mas rara, menos perceptible, y mas tardía.
Hormigueo, dolores de diferente índole, calambres, entorpecimientos, contracturas momentáneas y parciales, convulsiones, etc.	Comunes en el alcoholismo, estos síntomas son aquí infinitamente mas raros.
Vértigos y desvanecimientos	Las perturbaciones de estos

frecuentes. Perturbaciones sensoriales muy frecuentes; deslumbramientos y ofuscaciones de la vision, moscas volantes, zumbidos, etc.

III. Debilidad, obtusión de las facultades intelectuales y pérdida de la memoria. Los enfermos tienen *conciencia* de su inferioridad; hablan y se afligen por su estado; consultan sobre él, etc. Mas tarde, estupor y embrutecimiento.

En algunos casos, muy excepcionales, delirio orgulloso y satisfaccion personal.—*A. Voisin.*—Alucinaciones muy frecuentes y casi características.

Ensueños, pesadillas, insomnios, accesos de agitacion ansiosa que resultan de las alucinaciones.

IV. Coincidencia de otros desórdenes debidos al alcoholismo: dispepsias, vómitos, enflaquecimiento, etc. Lesiones orgánicas diversas. Commemorativos: abusos alcohólicos; frecuentemente accesos anteriores de delirium tremens, de locura transitoria, pituita, etc.

V. Marcha subordinada, á lo menos en los primeros tiempos, á la accion de la provocadora. Remision habitual de los accidentes, por la suspension de los accesos.

Curabilidad relativa, á no ser en los casos inveterados.

sentidos son excepcionales, á lo menos al principio.

III. Al contrario, exceso de actividad intelectual, concepciones múltiples, extrañas y jigantescas. Satisfaccion personal. Vivacidad de las ideas, en medio de la debilidad y de la demencia inicial. Los enfermos no tienen *conciencia* de su estado, ni les preocupa esta idea. La inteligencia procede por una série de impulsiones, en cierto modo convulsivas. En la mente hay mas desórden que impotencia.—*J. Falret y Lasegue.*—Ausencia casi completa de alucinaciones; sueño relativamente tranquilo.

IV. Falta de estos síntomas. Las funciones digestivas, en particular, están intactas y frecuentemente exageradas.

V. Marcha independiente. Remisiones é intermitencias mas raras.

Hasta el presente, incurabilidad absoluta.

Parálisis general progresiva propiamente dicha.—Si bien se repara, la parálisis que se asocia á la demencia alcohólica, no es general ni completa, sino incompleta y parcial, mereciendo el

nombre de *parésis*; pero aparte de esta, por efecto del alcohol, puede presentarse una parálisis general análoga á la que se observa en los alienados. Esta presenta tres períodos: en el primero predominan las alucinaciones é ideas tristes y los accesos de manía y lipemanía y se ven las convalecencias lentas y propensas á las recaidas que son propias de la segunda forma del alcoholismo agudo. En tal estado, el enfermo entra y sale varias veces del manicomio. En el segundo período, al delirio alucinatorio se agregan ideas ambiciosas y el estado de satisfaccion personal. La duracion de este período es indeterminada. En el último, aumentan las ideas ambiciosas, la memoria decae, la sensibilidad se pervierte, hay desigualdad en las pupilas, la parálisis progresa y el enfermo muere ó pasa á la demencia. La autopsia pone de manifiesto una peri-encefalitis difusa.

Pseudo-pelagra alcohólica.—El estudio de esta afeccion, distinguiéndola de la pelagra verdadera, se debe á los doctores Roussell y Costallat. El doctor Dejeaune, en su excelente tésis inaugural sobre algunas *pseudo-pelagras*, ha reunido las observaciones de los autores anteriormente citados.

En la *pseudo-pelagra alcohólica* hay tres órdenes de síntomas análogos y al mismo tiempo diferentes de los de la pelagra verdadera. Figuran en primer término, los fenómenos nerviosos, cuya intensidad varía desde el simple vértigo hasta los síntomas de la parálisis general. Al principio, solo aparece durante la primavera y no se observa en lo restante del año; pero despues, la enfermedad se hace contínua y termina por la demencia ó por la parálisis general. Los síntomas nerviosos de la pelagra alcohólica se distinguen de los homónimos correspondientes á la verdadera pelagra, en que al principio de aquella se ven temblores, primero limitados á las manos, que luego se extienden á los antebrazos y á los labios; las fuerzas musculares se conservan y hay anestesias ó hiperestesias superficiales ó profundas, que principalmente afectan los miembros inferiores. En la pelagra verdadera, mas bien que convulsiones de los músculos de los miembros, aparecen raquialgias y neuralgias ciáticas y el enfermo se queja, sobre todo al principio, de una cefalalgia gravativa especial.

Los síntomas cutáneos, ó dermatosis pelagrosas, que consisten en eritemas que ocupan preferentemente las partes descubiertas y que aparecen en primavera, para terminar, por descamacion, en verano, no presentan diferencias que permitan distinguir la pseudo-pelagra alcohólica de la pelagra verdadera.

Los síntomas digestivos se asemejan en ambas afecciones, pues en las dos hay pirosis, vómitos y diarreas; pero en el alcoholismo no se observa jamás el síntoma á que los italianos dan el nombre de *salso*, que consiste en muchas escoriaciones ó fisuras en la lengua y en los labios, con abundante flujo de saliva salada.

La parálisis alcohólica comienza por los miembros abdominales, mientras que la pelagrosa por los torácicos. En punto á la naturaleza del delirio, que se ha querido dar como carácter distintivo entre estas dos afecciones, suponiendo que la *hidromanía*, ó tendencia á suicidarse por sumersion, es exclusiva de la verdadera pelagra, la experiencia enseña que es signo de valor incierto, pues no faltan casos de pseudo-pelagra alcohólica en que se ha observado esta impulsion frenopática.

Pronóstico.—Procurando reasumir aforísticamente este punto, diremos:

1.° Que, partiendo del supuesto de la mucha gravedad de los síntomas físicos del alcoholismo crónico, esta es relativamente menor cuando existe dicha causa, que cuando semejantes trastornos aparecen sin este antecedente etiológico.

2.° Que es tanto mas triste el pronóstico del alcoholismo, en cuanto su influencia no se limita al individuo, sino que trasciende á sus descendientes, determinando en estos la ebriosidad hereditaria, la dipsomanía, el idiotismo, la imbecilidad, la epilepsia y la predisposicion á diferentes formas de la alienacion mental y particularmente á la parálisis general y la locura circular.

3.° Que, cuando el alcoholismo no ha pasado de las manifestaciones agudas, pueden conservarse algunas esperanzas de curacion, si se logra reprimir el abuso.

4.° Que, al aparecer los primeros indicios de cualquiera de las manifestaciones crónicas, puede decirse que la enfermedad es incurable.

Tratamiento.—Si se pudiese evitar la repeticion de los abusos, se habria logrado lo mas esencial para llegar á la curacion del alcoholismo agudo, pues el alcohol se elimina y las lesiones que ha determinado no tienen, al principio, carácter de permanencia. El mejor recurso seria el que lograse convertir en repugnancia la irresistible inclinacion que estos individuos tienen á las bebidas espirituosas. Al efecto, Schreiber y Berzelius, en Suecia, concibieron la idea de someter, durante algunos dias, á estos sugetos al uso exclusivo de alimentos y bebidas alcoholiza-

dos. Aislados en un cuarto, se les da á pasto una bebida que contiene, por dos partes de agua, una de aguardiente; al café y á todos los alimentos se añade una tercera parte de aquel líquido. A los cuatro ó seis dias, el enfermo se siente saturado de alcohol, tiene sed y pide agua; es preciso negársela é insistir en el régimen alcohólico durante 15, 20 ó 28, hasta que la repulsion por el alcohol sea completa y definitiva. Este método, que tal vez no carezca de peligros, ha sido aun poco ensayado para poder juzgar de sus resultados en el sentido profiláctico, pero merece ser tomado en consideracion.

Para el tratamiento de la *locura alcohólica aguda*, basta comunmente el aislamiento, un emético ó un purgante, para combatir la saburra, la absoluta privacion de alcohólicos, algunos baños tibios generales, mas ó menos prolongados, una alimentacion restauradora. Si la agitacion es excesiva, podrá echarse mano de alguna emision sanguínea, prefiriendo las locales á las generales, que solo están indicadas en sugetos muy pletóricos. Si la enfermedad reviste la forma *lipemaniaca* ó la *estúpida*, se emplearán las duchas y afusiones frias.

El *opio* es el principal recurso para combatir el delirio alcohólico. Debe darse á dósis elevadas, comenzando por 10 ó 15 centígramos al dia, y subiendo hasta 20, 30 y 40. Si la lengua se presenta áspera y reseca y si hay síntomas de congestion cerebral, el opio está contraindicado.

Contra el alcoholismo crónico, pocos remedios hay eficaces. La hidroterapia, la alimentacion analéptica, el ejercicio, etc., son recursos útiles, pero insuficientes. El Dr. Magnus Hüs aconseja *el aceite empireumático que se forma en el aguardiente de patatas*, el cual debe administrarse á la dósis de 5 á 10 centígramos, cuatro ó cinco veces al dia. El Dr. Marcet recomienda el *óxido de zinc*, que dice ser muy eficaz contra los síntomas nerviosos del alcoholismo crónico. Empieza administrándolo á la dósis de 10 centígramos, dos veces al dia, una hora despues de cada refaccion, y cada tres dias aumenta la dósis en 10 centígramos, hasta que llega á dar 40 al dia. Bajo la influencia de esta medicacion, dice que cesa el temblor, reaparece el sueño y se desvanecen los vértigos, la cefalalgia y las alucinaciones.

Estos resultados, por mas que sean plausibles, constituyen mejorías fugaces: lo indispensable aquí es el aislamiento y la completa prohibicion de la bebida.

CAPÍTULO XXV.

GÉNERO SEGUNDO.—LOCURA EPILÉTICA.

La historia de la epilepsia se halla extensamente expuesta en los tratados de Patología interna: en tal concepto, podríamos referirnos á estas descripciones generales y ocuparnos exclusivamente en las formas mentales sintomáticas de esta neurosis; pero, como la idea clínica del trastorno mental está subordinada á la nocion etiológica y anatomo-fisio-patológica de la enfermedad de que es síntoma, no vemos manera de ahorrarnos algunas consideraciones sobre la totalidad de la misma.

CONSIDERACIONES SOBRE LA EPILEPSIA.

Sinonimia y etimología.—La epilepsia es una de las enfermedades de mas numerosa sinonimia: llamóse *mal divino, ó sagrado*—á pesar de que Hipócrates dijo que no habia ninguna enfermedad de orígen mas divino que las otras—porque el terrible aspecto de los pacientes hizo creer que era un castigo de los dioses; *mal hercúleo*, por las fuerzas que el enfermo manifiesta en las convulsiones; *enfermedad astral, ó lunática*, por el influjo que sobre ella se creyó ejercian los astros y en particular la luna; *morbus comitialis*, á causa de que, en los tiempos de Roma, cuando un miembro de su Asamblea tenia un ataque epiléptico, se cerraban los comicios, mirando en este un presagio funesto; *mal caduco*, porque la caida es el primer síntoma, y *mal alto*, porque ataca la cabeza.

Definicion.—Adoptando la definicion del doctor Marcé, diremos: que la epilepsia es una neurosis (1) caracterizada por ata-

(1) Véase el valor convencional que en el estado actual de la ciencia debe atribuirse á la palabra *neurosis*, página 48.

ques intermitentes, por lo comun, de corta duracion, muy variables en punto á la intensidad de las convulsiones y constantemente acompañados de pérdida súbita y completa del conocimiento, y, en la mayoría de los casos, de perturbaciones mentales.

Etiología.—La *predisposicion hereditaria* figura en primer término entre las causas de esta enfermedad; entendiéndose que en muchos casos el influjo hereditario procede de otra neuropatía ó de una vesania que sufrieron los ascendientes.

El *sexo* femenino es mas propenso á esta enfermedad que el masculino. Es rara en los viejos, ya es mas frecuente en la *edad* madura y aun mas en la juventud.

Entre las *causas ocasionales*, se encuentran: las *emociones morales*—sesenta veces en 80 casos, segun Frank,—el *período menstrual*, el *embarazo*,—refiriéndose casos en que una fuerte impresion terrorífica recibida por la mujer en cinta, causó la epilepsia en el hijo que llevaba en sus entrañas—la *imitacion*, por la vista de un epiléptico en el momento del ataque; el *onanismo*, la conmocion nerviosa del *cóito*; las lesiones del sistema nervioso; *los traumatismos del cráneo*; *las enfermedades del útero*, y, en los niños, el *trabajo de la dentición* y *las lombrices intestinales*.

Sintomatología.—La epilepsia se manifiesta por accesos mas ó menos distantes, de variable intensidad y cuyo aspecto es diferente segun se trate del *mal grande* ó del *pequeño*.

El mal grande suele ir precedidó de un fenómeno, llamado *aura*, que unas veces consiste en una sensacion de frio, de calor, de dolor ó de cosquilleo, el cual, naciendo en la periferia, sube instantáneamente á la cabeza; otras en una alucinacion óptica ú olfativa, y otras en un extremecimiento muscular localizado, que luego se propaga á mayor ó menor distancia. No es raro que, interrumpiendo el curso del *aura*, por medio de una fuerte ligadura en el miembro por donde empieza, se haga abortar el acceso, hecho que no carece de valor desde el punto de vista de la fisiología patológica.

En el momento en que el *aura* llega al encéfalo, el enfermo pierde el movimiento, cae, y su semblante palidece: queda anémico. Terminado el ataque, el sugeto no recuerda nada de lo que le ha pasado. La *caida* del epiléptico difiere de la del histérico, en que este escoge el lugar en donde va á caer, al paso que, aquel, falto de conocimiento, se desploma en cualquier parte, á veces lastimándose considerablemente. En el acto de caer, el epiléptico da un *grito* automático, efecto del espasmo reflejo de los músculos de la glotis y del tórax. Hay asimismo un espasmo

tetánico, que hace que la cabeza se tuerza á un lado, que los músculos del tórax no ejecuten los movimientos respiratorios, que el corazon lata de un modo casi imperceptible y que el pulso sea pequeño. Todos estos síntomas, cuya duracion suele ser de unos treinta segundos, constituyen el *período tónico*, *tetánico* ó *asfíctico* del ataque, al que inmediatamente subsigue el *período convulsivo*. El mismo espasmo de los músculos torácicos y del corazon, es causa de que la sangre se estacione en las venas: la cara, hasta entonces pálida y anémica, adquiere un tinte fuertemente amoratado y aparecen convulsiones clónicas, que comienzan por los músculos mas inmediatamente regidos por el bulbo, á saber: los de la faringe y los de la lengua y laringe. La rama motora del trigémino, originada en la protuberancia, aparece, á su vez, excitada, pues se ven movimientos de diduccion de la mandíbula. Poco despues, las convulsiones se generalizan; la lengua sale de la boca, y, como frecuentemente resulta cogida entre los dientes, la baba espumosa que se derrama por los labios—efecto sin duda de la excitacion de los filetes del trigémino que presiden á las funciones de las glándulas salivales—tiene muchas veces tinte sanguinolento. En el momento en que aparece la espuma en la boca, entra en declinacion el período convulsivo: disípase el tinte amoratado de la cara, el pulso se dilata, se presenta un sudor general y el enfermo queda sumido en un profundo colapso comatoso, de corta duracion, en pos del que sobreviene un sueño reparador. Digno es de notarse que, durante el ataque, al paso que la sensibilidad especial se halla obtundida, aparece sobrexcitada la tactil refleja: así, al paso que las pupilas, considerablemente dilatadas, no se contraen á la luz, basta el mas leve contacto de la conjuntiva para que inmediatamente se cierren los párpados, y una simple aspersion de agua en la superficie del cuerpo, es suficiente para exagerar la intensidad de las convulsiones.

En el *pequeño mal*, *vértigo* ó *aturdimiento*, no hay convulsiones, ni caida; el enfermo tiene á veces tiempo de sentarse, pero pierde la nocion de cuanto le rodea. Durante el ataque, la cara del paciente adquiere un aspecto de estupor característico. No es raro observar movimientos súbitos de prepulsion ó de rotacion, como los que presentan los animales á quienes se secciona experimentalmente la protuberancia ó los pedúnculos cerebelosos. En otros casos, el ataque se limita á lo que se llama *ausencia*: en medio de la conversacion, el enfermo se detiene un instante, á veces á medio pronunciar una palabra; pasa el acceso y conti-

núa hablando, tal vez completando la palabra en que habia sido interrumpido: los circunstantes han notado la interrupcion, pero el paciente no. Trousseau llama *epilepsia larvada*, á aquellos casos en que, en vez de un acceso convulsivo, sobreviene un ataque de neuralgia de alguna de las ramas del trigémino.

Anatomía patológica.—Aun no se ha fijado la ciencia acerca las lesiones anatómicas características de la epilepsia. Delasiauve ha encontrado 20 casos sin lesion y 70 con trastornos mas ó menos considerables de diferentes partes del encéfalo. Tubérculos, esclerosis, reblandecimientos, hipertrofias de la masa encefálica, osificaciones meníngeas y deformidades del cráneo, hé aquí, lo que ha descubierto el citado autor en diferentes autopsias. Segun Schoerer, en los casos recientes, hay considerable hiperemia de la protuberancia, la cual, en los de larga fecha, va acompañada de exudaciones albuminosas, con induracion y aumento de espesor de las paredes de los vasos, esclerosis parcial de la neuroglia y, en algunos casos, de degeneracion grasienta y reblandecimiento de los elementos nerviosos. Jacoud cree que todas estas lesiones se limitan al bulbo y que las inyecciones de los plexos coroideos y tela coroidea, son propias de todas las asfixias lentas. Luys sostiene que las alteraciones no se circunscriben al bulbo, sino que frecuentemente alcanzan á todos los centros locomotores: la protuberancia, el cerebelo, los pedúnculos cerebrales y los cuerpos estriados, cuyas partes ofrecen un color amarillo muy ostensible.

Fisiológia patológica.—La patogenia de la epilepsia ha sido uno de los puntos en que mas se ha ejercitado el genio experimentador de los fisiólogos modernos. Reseñemos brevemente estos trabajos, extractando las bellas páginas de las *Leçons sur la phisiologie normal et pathologique du sisteme nerveux*, de Poincaré, á quien tantas veces hemos tenido ocasion de citar.

A Brown Sequad se debe la demostracion experimental de que la seccion de los cordones posteriores de la médula, especialmente en el espacio comprendido entre la 7.ª dorsal y la 3.ª lumbar, pone á los animales en condiciones de presentar ataques epilépticos, que aparecen desde el 6.° al 71.° dias despues de la operacion. El mismo resultado se obtiene seccionando, total ó incompletamente, el nervio ciático ó simplemente comprimiéndole con el bocado de unas pinzas. Se han visto casos de fracturas del fémur, con inflamacion del callo, en que ha aparecido el mismo fenómeno, el cual ha cesado desde el punto en que la cicatriz del hueso ha quedado terminada. En alguno que otro

caso, se ha obtenido tambien la epilepsia por la seccion del nervio ciático-poplíteo interno. Estos experimentos, hechos al principio en conejillos de Indias, se han repetido con éxito en conejos ordinarios y en gatos. Esta aptitud epiléctica necesita para ponerse de manifiesto la excitacion en una superficie llamada *region* ó *zona epileptógena*, que corresponde á una parte de la cara y cuello del lado en que recae la seccion medular ó del nervio ciático, que recibe las ramificaciones del trigémino y segundo y tercer pares cervicales: esta zona tiene la figura de un triángulo, cuyo vértice corresponde al ángulo externo del ojo y cuya base cae al nivel de la clavícula del lado afecto. Un fenómeno notable, es que, en los conejillos de Indias, toda la *zona epileptógena* aparece plagada de piojos; hecho que se ha pretendido explicar por una alteracion de la nutricion en esta parte; pero parece mas natural atribuirlo á que en esta region, á medida que crece la excitabilidad epiloptogénica, desaparece la sensibilidad general, y como el animal no siente el prurito de los parásitos en este punto, no se rasca, por lo cual acuden todos al lugar en donde pueden estar mas tranquilos.—La epilepsia artificialmente provocada, al principio no se presenta sino cada vez que se estimula la *zona epileptógena*, y el ataque consiste en una simple contorsion de la cabeza y del cuerpo; despues las contracciones aparecen espontáneamente y son cada dia mas intensas, hasta presentar todos los síntomas de la epilepsia.—La epilepsia, así adquirida, dura indefinidamente: no es empero absolutamente incurable; pero, si desaparece, es despues de haberse restablecido la continuidad del cordon nervioso. Entonces tambien reaparece la sensibilidad dolorífera en la zona epileptógena. Es de notar que los hijos de los conejillos de Indias en quienes se ha provocado la epilepsia experimental, nacen con alteraciones de nutricion en las extremidades abdominales.

Tales son los interesantes hechos con que se ha enriquecido la patología experimental; á estos hay que agregar la demostracion de que la epilepsia se puede provocar en animales á quienes se ha practicado la ablacion del cerebro, del cerebelo y de la protuberancia, quedando solo el bulbo y la médula. Además, se sabe que puede obtenerse artificialmente administrando tres ó cuatro gramos de esencia de ajenjos á un perro; que esta afeccion aparece espontáneamente en el hombre, en la enfermedad de Bright y en algunas afecciones crónicas del hígado, hecho que se ha atribuido, tal vez sin bastante fundamento, á la presencia en la sangre de úrea, de carbonato amónico ó de principios

excrementicios de la bílis; que las sales plúmbicas obran produciendo la epilepsia, de un modo probablemente análogo al licor de ajenjos, pues, por mas que se haya querido atribuir á las alteraciones que experimentan primitivamente los riñones, causa de la falta de eliminacion de la úrea, el caso es que se han visto perros afectados de intoxicacion saturnina con epilepsia, que no presentaban alteracion alguna en los riñones y que el análisis químico en estos casos encuentra notables cantidades de plomo en la sustancia cerebral.

¿Cuáles son, pues, en vista de estos antecedentes clínicos y experimentales, el asiento, naturaleza y mecanismo fisio-patológico de la epilepsia? Prescindiendo de exponer y hacer el juicio crítico de las diferentes teorías que sobre este particular se han emitido, pues este asunto nos llevaria mas allá de los límites de este artículo, nos limitaremos á reasumir las ideas de Poincaré, que son las que hoy dia gozan de mayor prestigio.

Considerando en su totalidad, se puede asegurar que un acceso epiléptico es un conjunto de fenómenos reflejos. Tenemos, en primer término, una parte sensitiva, que existe siempre, aun en los casos en que la epilepsia es de orígen cerebral: si la causa es, por ejemplo, una exóstosis ó un cuerpo extraño que comprima la sustancia nerviosa, constituye un estímulo que va á reflejarse en los centros locomotores; si consiste en una impresion moral, la conmocion de las células de la capa cortical, se propaga á estos mismos centros, para dar lugar á la corriente que excita á los músculos; cuando la epilepsia es de orígen visceral, puede proceder de lesiones en los nervios ó de un cuerpo extraño enclavado en los tegumentos ó introducido en el conducto auricular ó en las fosas nasales, y entonces la corriente impresionadora se dirige hácia el encéfalo, por los nervios de sensibilidad correspondientes y su tránsito constituye el *aura*: suprímase la lesion, la alteracion visceral ó el cuerpo extraño; interrúmpase la corriente nerviosa por medio de una fuerte ligadura en el trayecto del nervio, y el ataque epiléptico no se presentará. Lo propio acontece, cuando, en la epilepsia artificialmente provocada, se seccionan los nervios que se distribuyen en la zona epileptógena: desde este instante, la estimulacion de esta region cesa de determinar el acceso epiléptico.

La corriente centrípeta, ó sensitiva, es, pues, simple; pero las corrientes centrífugas, ó emanadas de los centros nerviosos, son múltiples. En primer lugar, la médula repercute la impresion periférica á lo largo de los filetes del gran simpático bajo cuya

accion está la contraccion de los vasos sanguíneos; estos, en consecuencia, se contraen y expelen la sangre: de ahí la *pequeñez del pulso y la debilidad del latido cardiaco.*

La region cervical del trisplánico es la que mas fuertemente recibe la accion refleja de la médula, y es tanta la contraccion de los vasos, que estos quedan exangües: de ahí la *palidez del rostro.* Como el cerebro queda asímismo privado de sangre, suspende sus funciones: de ahí la *pérdida del conocimiento*, que determina la *caida.* Este mismo estímulo alcanza á los nervios ciliares emanados del simpático, que animan las fibras dilatoras del iris; quedan vencidas las fibras circulares, ó constrictoras, sometidas al motor ocular comun: de ahí la *dilatacion de las pupilas.*—Si la excitacion refleja se limita al simpático, todo se reduce á la *palidez*, al *vértigo*, á la *pérdida del conocimiento* y á la *caida*: tenemos entonces el *mal pequeño.* Si la excitacion refleja es de poca intensidad, no hay caida, y solo sí *ausencia* momentánea, pues la anemia cerebral no es completa; si el estímulo determina la contraccion irregular de los vasos, resulta que hay partes del cerebro en estado de anemia, y otras que conservan suficiente cantidad de sangre para seguir funcionando; estas entran en accion, pero falta el equilibrio que resultaba del funcionamiento de todas: de ahí el *delirio* y la *locura epiléptica.* A fuerza de repetirse estas isquemias cerebrales, los elementos nerviosos, frecuentemente privados de principios nutritivos, sufren la degeneracion grasienta: de ahí la *demencia.*

Pero la excitacion no se limita al simpático: refléjase asímismo por el nervio facial y la rama motora del trigémino, que preside á los movimientos de masticacion: de ahí las *contracciones, poco perceptibles, de los maseteros, temporales* y *pterigoideos* que se observan en los ataques del mal pequeño.

En el *mal grande*, la excitacion refleja afecta, al mismo tiempo que al simpático, los centros motores del bulbo: de ahí las *convulsiones tetánicas de la glotis, del cuello y del tronco*; la contraccion de los músculos laríngeos produce el *grito automático*; la de los del cuello, la compresion de las yugulares, que dificulta el descenso de la sangre procedente de la cabeza; la de los del tórax dificulta la respiracion, determina una asfixia mecánica, y contribuye mas y mas á detener la vuelta de la sangre venosa: de ahí que, en el segundo período, la *palidez del rostro se trueque en rubicundez lívida.* Lo propio acontece en los centros nerviosos: el obstáculo que la sangre encuentra para marchar hácia el corazon y la relajacion de los vasos capilares del encéfa-

lo, dan lugar á una congestion asfíctica en el bulbo, protuberancia y cerebelo. El cerebro, por causas que no son fáciles de explicar, no cesa en su estado anémico, sus vasos no se relajan, no sufre, pues, congestion asfíctica. De ahí que todos los centros locomotores encefálicos, menos los del cerebro, estén ingurgitados de sangre negra—lo manifiestan las autopsias;—el cerebro sigue exangüe y, por consiguiente, privado de funcion. Por esto, en el segundo período, continúa la pérdida del conocimiento y de la sensibilidad especial; en cambio, los movimientos adquieren grande intensidad. Los *ojos no ven*, ni *las pupilas se contraen á la luz*, porque las impresiones ópticas solo pueden ser sentidas por los tálamos ópticos; pero los *párpados se cierran al menor contacto*, porque las impresiones tactiles de estos órganos marchan, por el trigémino, hácia la protuberancia, en donde engendran el movimiento reflejo. Estimulados por el ácido carbónico de la sangre venosa los centros éxcito-motores, y libres del freno del cerebro—que no funciona—determinan las fuertes convulsiones que caracteriza el segundo período del ataque; fenómenos que se asemejan mucho á los que aparecen en la asfixia por extrangulacion y aun mas á los que se ven á consecuencia de la ligadura de las carótidas, operacion que da lugar á que el cerebro quede exangüe, mientras continúa la circulacion en las partes posteriores del encéfalo, regadas por las vertebrales.

El Dr. Poincaré cree que la protuberancia es el sitio en donde se origina la conmocion que determina el acceso epiléptico, conmocion que inmediatamente se difunde por el cerebelo, los pedúnculos cerebrales, el bulbo y la médula. En efecto, los primeros indicios del acceso son las contracciones de los músculos masticatores, animados por el trigémino, cuyo núcleo está en la protuberancia. Desde este *centro de los centros*, la conmocion se extiende en todas direcciones: bajando hácia el bulbo, queda estimulado el núcleo del facial: de ahí las *contracciones de los músculos de la cara*; subiendo hácia los pedúnculos cerebrales, es excitado el núcleo del motor ocular comun: de ahí las *convulsiones de los ojos*; descendiendo mas en sentido del bulbo, se afectan los núcleos ganglionares de los hipoglosos y gloso-faríngeos: de ahí las *convulsiones de la lengua y el espasmo de la faringe*; alcanza luego el orígen del pneumo-gástrico y espinal: de donde el *grito*, y el *espasmo de la glotis*; propágase á lo largo de la médula, y de ahí las *convulsiones generales*. La protuberancia es, pues, como dice Poincaré, el *cuartel general* de las operaciones convulsivas de la crísis epiléptica.

Esta doctrina viene reforzada por las siguientes consideraciones: 1.ª la zona epileptógena corresponde á las regiones innervadas por el trigémino; 2.ª las impresiones que mas provocan el acceso, son aquellas que corresponden al territorio del trigémino: por esto es frecuente la epilepsia durante la erupcion de los dientes; por esto aparece por la presencia de un cuerpo extraño en el conducto auricular; por esto, se la ha visto sostenida por larvas que anidaban en los senos frontales; por esto, en fin, Trousseau ha observado la epilepsia larvada, ó sea el *tic doloroso* de la cara, en vez de un ataque convulsivo; 3.ª si la seccion del ciático va seguida de epilepsia, es á causa de que, en pos de esta operacion, la parte que mas se altera es la protuberancia, como lo demuestra el hecho de perder su sensibilidad la region sometida al trigémino, y 4.ª la hipersecrecion de saliva, que constituye la baba espumosa, que aparece en los accesos, es otra prueba de que la protuberancia es la parte mas interesada, pues es sabido que la secrecion salival está regida por el trigémino.

Para entrar en un terreno mas propio de nuestros estudios, vamos á examinar ahora el estado mental de los epilépticos.

Estado mental de los epilépticos.—Raro es el epiléptico que no presente anomalías mas ó menos considerables en sus facultades mentales: el que haya habido hombres eminentes afectados de epilepsia, no prueba que estos se hallasen completamente exentos de perturbaciones mentales. En un total de 339 mujeres epilépticas, observadas por Esquirol, en Charenton, habia 269 alienadas, esto es, los cuatro quintos; las restantes conservaban la razon, pero no sin algunas anomalías.

Los estados frénicos sintomáticos de la epilepsia, se pueden dividir en tres grupos: 1.° modificaciones del carácter, en los epilépticos no alienados; 2.° locuras, ó estados frenopáticos agudos epilépticos, y 3.° estados frenopáticos crónicos.

Estado moral é intelectual de los epilépticos no alienados.—A simple vista y mientras no se intima el trato con los epilépticos no alienados, no se descubren en su carácter anomalías que autoricen á decir que la enfermedad convulsiva ha interesado las funciones psíquicas; mas, cuando se vive en familia con estos sugetos, ó cuando, por cualquier motivo, se tiene ocasion de estudiar á todas horas sus pensamientos é inclinaciones, se echan de ver desigualdades de humor, gustos extravagantes y cierta morosidad de la inteligencia, que no permiten dudar de que el cerebro conserva vestigios frenopáticos, que en determinados casos deberán tenerse en cuenta para atenuar la responsabilidad

moral y de sus actos, y que, desde el punto de vista clínico, jamás podrán echarse en olvido, por cuanto suelen ser triste preludio de desórdenes mas trascendentales.

Locura epiléptica.—La alienacion mental de forma aguda sintomática de la epilepsia, cuyos accesos aparecen inmediatamente despues de los ataques, puede presentarse bajo tres formas: la *manía aguda general*, la *melancolía* y la *manía impulsiva.*

Manía general.—Esta es la variedad mas frecuente de la locura epiléptica. El acceso aparece bruscamente; á lo mas va precedido de un período de estupor, que dura de quince minutos á algunas horas. Ya iniciado el acceso maniaco, llega el delirio, con rapidez extraordinaria, á sus mas exageradas manifestaciones. Dominado por un furor y agitacion extremos, el enfermo destruye cuanto le viene á la mano; grita, rompe, destroza, da cabezadas contra las paredes y embiste con rabia á todo el que se le aproxima. Víctima de terroríficas alucinaciones ópticas y acústicas, ve por todas partes hombres armados que van á matarle ó círculos de fuego que han de abrasarle; oye voces que le insultan ó le amenazan, sensaciones todas que no hacen mas que acrecentar la violencia del delirio y la agitacion. Los maniacos epilépticos son sin duda los mas furiosos de todos los locos. Una condicion notable del delirio epiléptico, que por sí sola lo distingue de los demás delirios maniacos, consiste en que, así como ha sido brusca su aparicion, es rápida é instantánea la cesacion. No hay, pues, la declinacion gradual que se observa en la manía aguda, sino que, despues de una duracion, siempre corta—pues raras veces pasa de algunos dias—aparecen súbitamente la tranquilidad y la calma: tal epiléptico, que por la mañana estaba furioso é irresistible, está completamente tranquilo por la tarde. En pos del acceso, estos maniacos suelen presentar un estado moral diametralmente opuesto al del delirio; tanto como eran indomables y violentos durante la excitacion, aparecen despues tímidos, humildes y obedientes.

Otra circunstancia tambien característica del delirio epiléptico, consiste en la completa identidad de los diferentes accesos. En el delirio maniaco comun, cada acceso varía mas ó menos, si no en el conjunto, á lo menos en los detalles del desórden intelectual; los epilépticos deliran siempre del mismo modo: las palabras que pronuncian, los gritos que profieren y los actos que ejecutan, son los mismos en cada ataque. Es además de notar que, á pesar del furor y de las violentas agitaciones de estos alienados, su inteligencia no se halla tan intensamente preocupada

como en otros enfermos cuyo delirio es menos agitado: comprenden mejor lo que se les dice, están mas al corriente de lo que pasa alrededor y se expresan con menos incoherencia.

¿Quién diria que, una vez pasado el acceso, los maniacos epilépticos no conservarán la menor conciencia de su delirio? Hé aquí otro carácter que distingue esta manía sintomática de la manía comun.

Melancolía epiléptica.—El delirio triste, que en la locura epiléptica es mucho menos frecuente que el polidelirio maniaco, se presenta con preocupacion hipocondriaca ó con propensiones suicidas. Como en la manía epiléptica, los accesos aparecen á continuacion de los ataques convulsivos, y se distinguen: por la ausencia de fenómenos precursores, por el rápido incremento de los síntomas y por la brusca entrada de la calma, sin que el paciente conserve recuerdo de los paroxismos. Hoy dia tenemos en *Nueva-Belen* una epiléptica melancólica, con frecuentes impulsiones suicidas. Es una jóven negra, que desde muchos años padecia el *mal grande*, el cual, despues adquirió la forma vertiginosa, que aun hoy dia conserva. En los accesos frenopáticos que vienen despues del *mal pequeño*, son tan vehementes las impulsiones suicidas, que hay precision de sujetarla por el cuerpo á un sillon, pues de lo contrario se daria la muerte rompiéndose el cráneo contra las paredes ó estrangulándose con sus propias manos.

Manía ó monomanía impulsiva epiléptica.—Esta forma mental, que Falret ha descrito con el nombre de *petit mal intelectual*, puede considerarse como un estado intermedio entre la lucidez completa y el delirio general; se caracteriza por una notable confusion de ideas, con impulsiones instintivas, alucinaciones y actos de violencia. En el momento en que ha pasado el acceso convulsivo, estos enfermos quedan sumidos en un grande estupor, tristeza, debilidad de memoria é inercia intelectual; al propio tiempo se sienten acometidos por una impulsion irresistible á ejecutar actos que su misma conciencia reprueba. Esta idea impulsiva se hace fija; asediados por sus alucinaciones, dominados por un gran terror y abatidos por una ansiedad inexplicable, huyen de su casa, divagan por todas partes, se entregan á la mayor desesperacion, y en cuantas personas se les presentan á la vista, descubren enemigos que se proponen dañarles; estas ideas suscitan sentimientos de odio y de venganza, y bajo estos impulsos, cometen las acciones mas perversas, sin excluir el homicidio ni el incendio. Consumado el atentado, termina el acce-

so, cual si la accion perversa fuese el fenómeno crítico que viniese á poner término al delirio impulsivo. Despues—como en la monomanía impulsiva—algunos se arrepienten de su accion; pero otros quedan completamente indiferentes; todos empero dicen que obraron por un impulso superior á su voluntad. El recuerdo de la accion perversa no aparece inmediatamente, sino despues de algunos dias, esto es, cuando se ha disipado el estupor que se ampara de la inteligencia luego despues de ejecutado el acto. No le faltan, pues, en la manía impulsiva epiléptica los caractéres de invasion y cesacion brusca, así como violencia y olvido parcial ó total del delirio, que hemos encontrado en todas las formas de la locura sintomática de la epilepsia.

Se han citado casos de epilepsia en que los accesos de manía general ó impulsiva aparecian en época distante de los ataques epilépticos; pero, sin negar la autenticidad de estas observaciones, es lícito sospechar que, en semejantes circunstancias, no faltó el acceso epiléptico como precursor del frenopático, solo que aquel fué tan ligero y fugaz, que se reducia á un simple vértigo que pasó desapercibido. Una observacion atenta suele convertir en evidencia esta suposicion.

Estados frenopáticos crónicos consecutivos á la epilepsia.—Las repetidas isquemias á que queda condenado el cerebro durante los ataques epilépticos, inducen á metamorfósis regresivas en los elementos activos de la sustancia gris de las circunvoluciones, y los frecuentes accesos de manía aguda epiléptica dan tambien lugar á lesiones de nutricion en la sustancia cerebral; modificaciones patológicas que no pueden menos de traducirse por un decaimiento progresivo de las facultades intelectuales, que constituyen la demencia de orígen epiléptico. Aquí, la debilidad de la memoria, la poca fijeza de la atencion y la obtusion de las facultades imaginativas, son fenómenos permanentes, pero cuya gravedad aumenta en cada acceso epiléptico. Es una decadencia crónica del entendimiento, con exacerbaciones maniacas, que agravan el mal en cada ataque. En algunos casos las ruinas de la inteligencia revisten la forma de la parálisis general, con delirio ambicioso y locucion penosa. De todos modos, por poco que se repitan los accesos, cuando las cosas han llegado á tal estado, es de temer que el enfermo sucumba á un derrame cerebral.

Diagnóstico.—No es raro que se trate de simular la epilepsia; pero esta enfermedad tiene síntomas propios que no permiten dudar de su existencia, por cuanto no pueden ser simulados. Figuran entre estos: la turgescencia amoratada de la cara, la inmo-

vilidad de las pupilas, los movimientos tumultuosos y poco perceptibles del corazon y del pulso, la absoluta insensibilidad de la piel y de las mucosas, la oposicion y flexion del pulgar que, una vez restituido á su posicion, ya no vuelve á ella, al paso que el que simula lo oculta de nuevo entre los dedos, el modo de caer sin precaucion, etc.

La *epilepsia* se distingue del *histerismo*, en que en este la cara no se vuelve lívida, ni hay convulsiones de los músculos faciales, ni baba sanguinolenta, ni las convulsiones clónicas ó tetánicas aparecen en períodos regulares, ni la respiracion revela asfixia, sino movimientos entrecortados, acompañados de una sensacion de bolo en la garganta y de borborigmos abdominales.

Comparando el estado mental en ambas neurosis, se observa, que en el histerismo frecuentemente se conserva el recuerdo de lo ocurrido, pues los sentidos están expeditos durante el ataque, y despues de este, la inteligencia queda despejada, sin presentar síntomas de manía impulsiva. No es infrecuente que el histerismo y la epilepsia coexistan en un mismo individuo; pudiendo acontecer que los ataques de una y otra neurosis se presenten separadamente ó que se combinen de tal modo estas dos enfermedades, que en un mismo acceso se encuentren síntomas epilépticos é histéricos.

Pronóstico.—Reasumiendo, èn forma de proposiciones, las ideas de Esquirol relativas al pronóstico de la epilepsia, diremos:

1.° Que es una enfermedad peligrosa y larga, pero que, raras veces mata al primer acceso;

2.° Que cuando es hereditaria y congénita, es incurable;

3.° Que la simpática es mas curable que la esencial; esta, empero, no es siempre incurable;

4.° Que raras veces se observa en los niños que tienen erupciones en la cabeza;

5.° Que no puede decirse que esté curada esta enfermedad aun cuando trascurran muchos años sin ver ningun acceso, pues estos á veces vienen muy de tarde en tarde;

6.° Que los que sufren un primer ataque en la primera infancia, curan raras veces, y si no logran su curacion en la pubertad, son incurables;

7.° Que cuando la epilepsia aparece del tercero al décimo año de la vida, es fácilmente curable, con un buen tratamiento;

8.° Que cuando aparece poco antes de la pubertad, se cura

despues que esta se ha establecido; si sobreviene despues de la pubertad, es rara la curacion;

9.° Que el matrimonio solo cura la epilepsia genital y agrava las otras especies;

10. Que algunos niños epilépticos quedan idiotas; otros, despues de haber alcanzado cierto desarrollo intelectual, pierden sus facultades;

11. Que cuando la epilepsia comienza en la pubertad y mas particularmente en la virilidad, la inteligencia se ve mas directamente comprometida;

12. Que los progresos de la demencia epiléptica, están en razon directa del número de años desde la invasion del primer ataque y con la frecuencia y duracion de estos ataques;

13. Que la asociacion del *vértigo* con el *mal grande*, es la influencia mas funesta para la razon;

14. Que el *mal grande* por sí solo, no deja ilesa la inteligencia; pero los *vértigos* solos y muy frecuentes son tan ocasionados á producir la locura, como el *mal grande* y los vértigos asociados;

Y 15. Que á proporcion que son menos frecuentes los accesos, mejora el estado mental, pero el enfermo conserva extraordinariamente susceptibilidad física y moral.

Tratamiento.—Si escribiésemos un tratado de Patología interna, tendríamos que ocuparnos en el juicio crítico del sin número de medicamentos que se han puesto en uso contra la epilepsia. Este punto se halla debidamente tratado en todas las obras de Patología médica, y á ellas remitimos al lector. Bastará decir: que ensayadas las emisiones sanguíneas, locales y generales, los eméticos, los revulsivos cutáneos é intestinales, los baños tibios, cortos y prolongados, la hidroterapia, los medicamentos antiespasmódicos—éter, alcanfor y la valeriana á altas dósis—el opio, el beleño, la quina y los agentes mas heróicos de la terapéutica, la experiencia ha demostrado que, si bien cada uno de estos recursos puede cumplir especiales indicaciones, ninguno goza de las propiedades específicas que sus propaladores les han atribuido. Hoy dia, solo hay tres medicamentos verdaderamente acreditados por la experiencia: la belladona—á la dósis de 1 centígramo, en un principio, hasta llegar á 10, durante dos ó tres meses, cesando por dos ó tres semanas, para volver á comenzar y seguir durante dos ó tres semanas, y así sucesivamente (Trousseau)—el *bromuro de potasio*—á dósis crecientes, hasta 8 ó 9 gramos al dia—y el *nitrato de plata*—2 centígramos

tres veces al dia, en píldoras, con miga de pan.—Con estos fármacos y, en especial con el bromuro de potasio, hemos logrado importantes ventajas: los accesos se han retardado y, en consecuencia, se ha modificado favorablemente el estado mental; pero ¿puede tenerse seguridad en las curaciones definitivas que se dice se han obtenido por la administracion de estos medicamentos? Recuérdese que la epilepsia es una de las enfermedades mas insidiosas, en razon á que los largos intervalos libres no aseguran que mas tarde no aparezcan nuevos accesos, y dedúzcase la reserva con que hay que proceder al fallar acerca de la curacion definitiva de esta enfermedad.

CAPÍTULO XXV.

GÉNERO TERCERO.—LOCURA HISTÉRICA.

Definicion.—El *histerismo* es una neurosis principalmente caracterizada por accesos convulsivos, *comunmente* acompañados de una sensacion de bola que sube á la garganta y de diferentes trastornos de la motilidad, de la sensibilidad y de la inteligencia, que, en mas ó en menos, persisten en los intervalos de uno á otro acceso.

Tampoco expondremos la historia de esta neurosis; solo daremos algunas nociones de su etiología y enumeraremos sus síntomas, á fin de hallarnos dispuestos para interpretar la patogenia de los fenómenos mentales y nerviosos que la caracterizan.

Etiología.—Briquet, entre 100 casos de histerismo, encontró 25 en cuya etiología habia antecedentes *hereditarios* de enfermedades mentales ó nerviosas. En una averiguacion hecha sobre 100 mujeres que nunca habian tenido síntomas de histerismo, solo halló en dos el antecedente de la herencia neuropática. Los antecedentes de la línea materna aseguran mas la trasmision que los de la línea paterna.

El *sexo* femenino es casi exclusivamente el en que se observa esta enfermedad; con todo, nosotros hemos observado un caso de los mas característicos en un jóven robusto, que vino con una afeccion venérea á nuestra sala clínica. Nuestros discípulos, que presenciaron el acceso, pudieron formar cabal concepto de la diferencia entre esta enfermedad y la epilepsia.

Briquet, por medio de datos estadísticos, ha combatido la opinion, por cierto hondamente arraigada, de que el histerismo no aparecia en la mujer sino durante la actividad del aparato genital, y ha manifestado que $^1/_5$ de casos de esta enfermedad se observan antes de la *edad* núbil; los $^2/_3$ de los quince á los vein-

te años; que esta proporcion mengua en una mitad, de veinticinco á treinta años, y que es rara en la época de la menospausia.

Las privaciones, la indigencia, la mala educacion, la ociosidad, las emociones morales repetidas, son condiciones higiénicas á la vez predisponentes y ocasionales de esta neuropatía.

Tambien se debe al referido Dr. Briquet la demostracion del escaso influjo que las funciones genitales—continencia, abusos del cóito—y las enfermedades del útero tienen en la etiología de esta afeccion. Estas causas tienen una accion indirecta, por las modificaciones que inducen en la totalidad del organismo.

Sintomatología.—El histerismo puede presentarse bajo dos formas bastante diferentes: ó estalla de un modo repentino é inesperado, á consecuencia de una viva emocion moral, en cuyo caso el acceso es esencialmente convulsivo, ó viene lenta y gradualmente, despues de una preparacion que data de larga fecha. y entonces puede revestir diferentes formas, tales como la de espasmos, síncopes, coma, catalepsia, etc.

El *ataque convulsivo* puede presentarse repentinamente ó ir precedido de síntomas prodrómicos, consistentes en escalofrios, bostezos, pandiculaciones, tristeza, llanto ó risa inmotivados, agitacion vaga, anhelacion, palpitaciones cardiacas, constriccion de la garganta, etc. El enfermo es invadido de viva cefalalgia, é inmediatamente siente una impresion penosa, que compara á *una bola*, que desde el epigástrio sube á la parte superior del esternon ó á la laringe, en donde causa una sensacion de estrangulacion y dificulta la accion de deglutir y que, en ciertos casos, coincide con una verdadera *hidrofobia*. A todos estos síntomas subsigue el estado convulsivo: el enfermo da un grito, bien distinto del grito epiléptico, y agita sus miembros, unas veces como quien pretende desasirse de alguno que lo contiene, otras como si sufriese un arrebato de desesperacion, otras, en fin, doblando y extendiendo sin cesar todos los miembros, rodando sobre el eje del cuerpo y alargándose y acortándose como un gusano. La cabeza gira en todas direcciones, pero los músculos de la cara no están contraidos, ni los ojos ejecutan esos movimientos de rotacion que se observan en otras neurosis convulsivas. Tambien están convulsos los maseteros, de donde el trismo y rechinamiento de dientes; tónicamente contraidos los músculos torácicos y cervicales, los movimientos respiratorios son raros, y las venas yugulares, comprimidas, aparecen abultadas. Todos los músculos de la vida animal pueden presentar tumultuosas convulsiones; los enfermos se llevan las manos á la garganta, para librarse del

obstáculo que les oprime; dan fuertes sacudidas, golpean á los que están próximos, algunos brincan con agilidad inesperada, trepan á grandes alturas, saltan y ejecutan las acciones mas extravagantes. Pasando el espasmo á los músculos de la vida orgánica, se observa que el corazon late con violencia y que el abdómen, distendido por una abundante produccion de gases, se abulta, se pone timpanítico y deja oir sonoros borborigmos. Trascurridos algunos minutos, el acceso entra en declinacion, renace la calma, la respiracion se regulariza, paran las convulsiones y el ataque termina por llanto sonoro y convulsivo, por abundante emision de orinas claras ó por ruidosos eruptos, que descargan de gases el abdómen y resuelven el meteorismo. Por lo comun, en la forma convulsiva del histerismo, no hay pérdida del conocimiento; despues del ataque, los enfermos recuerdan todo cuanto les ha pasado, los dolores que han sentido, las personas que se hallaban presentes, los remedios que se les han aplicado, etc. En las otras formas, se pierde el conocimiento desde el principio del ataque, por lo que no hay reminiscencia de lo ocurrido.

Entre las formas de lento desarrollo del histerismo, tenemos la *espasmódica*, en que los ataques tienen muy poca intensidad; hay dolor y ansiedad epigástrica, palpitaciones cardiacas, frecuencia de la respiracion, sensacion de obstáculo estrangulador en la garganta y algunos movimientos involuntarios en los miembros. El ataque puede durar algunos minutos y aun algunas horas, y termina por una crísis análoga á la que hemos descrito en la forma convulsiva.

Otra variedad, mucho menos comun, del histerismo, es aquella en que los accesos tienen la forma *sincopal*; despues de sus estados vertiginoso y de constriccion epigástrica, con pequeñez del pulso, sobreviene un síncope, cuya duracion es á veces tan larga, que pudiera hacer creer que el enfermo ha muerto. Lo propio ha sucedido diferentes veces en la forma *comatosa*, pues el paciente, despues de los fenómenos prodrómicos, cae en un sueño tan profundo, que no hay estímulo capaz de despertarle y este estado á veces dura dos ó tres dias. Hay, por último, un histerismo *cataléptico*, caracterizado por un estado convulsivo, en que los miembros conservan invariablemente la actitud que se les da (1).

(1) Al llegar á este punto, hemos dejado la pluma, llamados por nuestro ilustrado amigo el Dr. Coll y Domenech, para ver una enferma con un ataque de histerismo convulsivo de los mas intensos que pueden presentarse. Comenzó el acceso á las ocho y me-

Esos ataques catalépticos son de corta duracion, pues raras veces pasan de media hora.

Analizando la *naturaleza* de los síntomas del histerismo, se echa de ver que hay trastornos de la sensibilidad, de la motilidad y de la inteligencia. Los primeros consisten, en primer término, en una hiperestesia general, en virtud de la que los enfermos perciben las mas pequeñas diferencias de peso, temperatura y aspereza de los cuerpos, todo lo cual les proporciona un exquisito desarrollo del sentido del tacto, que hace se sientan incomodados por las mas ténues impresiones ópticas ó acústicas; que el perfume de una flor les cause un desmayo; que aparezcan dolores en diferentes nervios encéfalo-raquídeos y especialmente en el trigémino, en el ciático, en los intercostales y en los mamarios: el *clavo histérico* es un dolor nervioso de la rama frontal del oftálmico, que corresponde á la sutura sagital. Hay tambien neuralgias viscerales: gastralgias, hepatalgias, histeralgias, etc.; pero lo mas notable, es que tan extraordinaria sobrexcitacion de la sensibilidad coincida con la anestesia, la cual, no se presenta circunscrita á una region: ora afecta la mitad inferior del cuerpo, ora ataca la mitad lateral izquierda, *jamás la derecha*. Esta anestesia es tan profunda, que constantemente alcanza á las membranas mucosas, y aun á veces á los músculos y á los huesos; frecuentemente la pérdida de sensibilidad no es para todas las impresiones: por lo comun, se reduce á la temperatura y al dolor. De parte de la motilidad, encontramos asímismo exaltacion y parálisis. La exaltacion, ó estado convulsivo, puede afectar á los músculos de la vida orgánica, dando lugar á disu-

dia de la noche, con sacudimientos convulsivos bastante violentos; á las nueve se habia declarado una rigidez tetánica en todos los músculos, y en particular en los trapecios, en los pectorales mayores, en los de los miembros torácicos y abdominales y en los motores de los ojos, que estaban invariablemente inclinados hácia arriba. La enferma estaba trismódica y debia haberse mordido la lengua, pues á través de los arcos dentarios, se veia saliva sanguinolenta. Completa disfagia; ha sido preciso introducir la sonda exofágica por las fosas nasales para darle medicamentos; el pulso pequeño y blando, el latido cardiaco poco intenso; no estaban contraidos los músculos de la cara; la respiracion rara, interrumpida y muy ruidosa; los dedos en flexion y los pulgares en oposicion; habiéndolos desdoblado á duras penas, han vuelto á la flexion y oposicion. Al administrar á la paciente una corta cantidad de agua fria, que, á beneficio de la sonda, evidentemente ha llegado al estómago, sin entrar ni una gota en las vias respiratorias, el espasmo de los músculos torácicos ha redoblado de tal modo, que en tres minutos, la paciente no ha verificado mas que cuatro inspiraciones: parecia iba á morir asfixiada. Tal era el estado de esta enferma á la una de la noche. El ataque ha durado hasta las dos, esto es, *cinco horas y media*. Despues, la paciente lo ha recordado todo, añadiendo que sentia todas las pruebas que se le hacian para investigar el estado de su sensibilidad y que sufria mucho por no poder expresar sus pensamientos. Anteriormente habia experimentado accesos histéricos de otras formas; en estos perdia el conocimiento y no conservaba recuerdo de nada.

rias, vómitos, borborigmos, palpitaciones, hipo, bostezos, disnea y tos ruidosa, y á los de la vida animal, constituyendo el conjunto mas característico del ataque histérico en su forma convulsiva, que hemos descrito. En cuanto á la parálisis del movimiento, puede aparecer bruscamente, á continuacion del acceso ó precediendo á este, ó de un modo lento. Unas veces es regional, otras paraplégica y otras hemiplégica. Tambien hay perturbaciones de la nutricion, que son desórdenes digestivos, aumento ó disminucion de la secrecion urinaria, amenorrea, dismenorrea ó hipermenorrea, palidez del tegumento y de las mucosas, artropatías, consistentes en dolores articulares, á veces con enorme tumefaccion. Por último, en el histerismo hay siempre perturbaciones de las facultades intelectuales, que describiremos despues de un modo especial.

Fisiología patológica.—La interpretacion del mecanismo de la múltiple sintomatología del histerismo, ha ofrecido campo á gran número de teorías, algunas de ellas muy ingeniosas, pero cuya mayor parte adolecen del defecto de no abarcar todas las condiciones de los fenómenos que pretenden explicar. Léase la obra de Poincaré y se encontrarán expuestas y analizadas estas hipótesis, por las que se aspira á localizar el punto de partida de la afeccion y á dar cuenta del órden y sucesion de los síntomas. Hoy por hoy, la doctrina mas aceptable es la de Luys, que es como sigue: existe primitivamente un estado de nervosismo, ó de aptitud para la exaltacion funcional en todas las partes del sistema nervioso; este se halla en el caso de un instrumento de música, cuyas cuerdas están muy tirantes y dispuestas á vibrar á la menor percusion. Los tálamos ópticos, en donde se concentran todos los conductores de la sensibilidad, son el punto inicial del ataque: de ahí las hiperemias, las neuralgias, las anestesias y las alucinaciones. Irradiando la conmocion á los cuerpos estriados,—que están próximos,—á la protuberancia, al cerebelo y al bulbo, nacen las convulsiones y los espasmos. Afectando á los núcleos de orígen del simpático, sobrevienen los trastornos de la digestion, secreciones y nutricion, y remontando á las células de la capa cortical de las circunvoluciones, determina los diferentes síntomas frenopáticos. La lesion de los tálamos ópticos consiste en alternativas de congestion y de anemia; hay regiones que sufren un rapto de la sangre, mientras que otras están privadas de este riego: las primeras dan lugar á exaltaciones funcionales, las segundas corresponden á las anestesias y parálisis.

Perturbaciones intelectuales en el histerismo.—Conformes con

el Dr. Marcé, distinguiremos tres órdenes de trastornos frenopáticos en el histerismo:

1.° Modificaciones del carácter moral y de la inteligencia, que aparecen lentamente, pero que aun no constituyen la locura.

2.° Delirio transitorio, que sobreviene durante los accesos.

Y 3.° Locura histérica propiamente dicha.

Modificaciones del carácter moral y de la inteligencia.—Las condiciones de la inteligencia y de la sensibilidad de las personas propensas á ataques de histerismo, han sido perfectamente descritos, por los patólogos modernos, bajo la denominacion de *nervosismo*. A estas descripciones nos referimos, bastando que digamos, que estos sugetos se distinguen: por la viveza de la imaginacion, que les impele á inventar historias novelescas y extravagantes; por las contínuas inquietudes que les asedian; por la extrema irritabilidad de su carácter; por la grande impresionabilidad de sus sentidos, que hace que sufran por una luz algo intensa, que les aturda cualquier ruido, que las emanaciones olorosas les causen desmayos, que les sobrexcite el estado eléctrico de la atmósfera; que siempre conciban los mas extraños caprichos, para cuya satisfaccion no perdonan medio; que se hallen dominados por extraordinarias inclinaciones al erotismo, y que duerman poco y aun molestados por pesadillas y penosos ensueños. Algunos, concentrados en permanente melancolía, todo lo ven bajo el prisma de la fatalidad, y su vida es un mar de lágrimas; otros, siempre alegres y movedizos, no pueden sostener una conversacion formal, pues estallan de risa por cualquier motivo, A todo esto se agregan las sensaciones penosas, tales como jaquecas, opresiones de pecho, palpitaciones y gastralgias, que se complican con todo género de trastornos, así en la menstruacion como en las digestiones.

Delirio transitorio durante los accesos.—Las alteraciones mentales que aparecen durante los ataques de histerismo, tienen muchas analogías con la excitacion mental ó delirio que se observa en el primer período de la cloroformizacion. Es un delirio agitado, con gritos, pero raras veces incoherente, que se refiere á las ideas que anteriormente ocupaban la atencion del enfermo ó á las que habitualmente le preocupan.... Tiene, en tal concepto, notables analogías con un ensueño. En ciertos casos, este delirio va acompañado de alucinaciones terroríficas ó dolorosas, cual si al enfermo le agarrotasen fuertemente los miembros ó si sus huesos fuesen roidos por un animal. Otros manifiestan una grande

sobrexcitacion intelectual, y usan un lenguaje mas culto y mas poético que de ordinario.

Locura histérica propiamente dicha.—Las alteraciones mentales, ya no compatibles con la razon, de que los sugetos histéricos adolecen fuera de los accesos, constituyen una especie frenopática que merece el nombre de *locura histérica*, en la cual se pueden distinguir tres formas: la *manía histérica*, el *delirio general* ó *parcial*, *melancólico* ó *hipocondriaco* y la *manía impulsiva histérica*.

Manía histérica.—Además de los síntomas propios de la manía general, caracterízase la manía histérica: 1.°, por una grande agitacion é inquietud, que se manifiesta por un deseo constante de moverse, de romper, destrozar ó cambiar de sitio todos los objetos; 2.°, por ansiedad respiratoria y verdaderos ataques convulsivos que aparecen de cuando en cuando, y 3.°, por ideas é impulsiones eróticas, que se manifiestan en las miradas, en las palabras, en la fisonomía y en las acciones del alienado: las mujeres afectadas de manía histérica, experimentan viva emocion á la vista ó con solo oir la voz de un hombre; sus ojos expresan el deseo concupiscente y su conversacion versa siempre sobre asuntos amorosos. Esta forma mental, es susceptible de curacion, pero suele dejar un estado de agitacion, con trastorno intelectual mas ó menos perceptible.

Melancolía histérica.—Al fondo general de tristeza, propio del género melancolía, se asocia un delirio general y mas comunmente parcial, con alucinaciones del gusto ó del olfato, que hacen que el enfermo encuentre cualidades venenosas en todo cuanto ingiere, lo cual le induce á pensar que le rodean enemigos que tratan de matarle. Otros se sienten afligidos de escrúpulos de conciencia: acúsanse de faltas que no han cometido y se entregan á la desesperacion ó á la penitencia. Raras veces la tristeza melancólica de los histéricos se asocia á la hipocondría; si los médicos de la antigüedad afirmaron lo contrario, es á causa de que en su tiempo la hipocondría era confundida con la melancolía; hoy dia, gracias á los trabajos de Briquet, se sabe que el delirio hipocondriaco apenas se observa una vez en cada 100 casos de locura histérica. Por lo demás, esta asociacion es de mal pronóstico, pues, al paso que las formas maniaca y melancólica suelen terminar felizmente, la hipocondría histérica resiste á todos los tratamientos.

Manía impulsiva histérica.—Las impulsiones irresistibles de los histéricos se diferencian de las de los epilépticos, en que, así

como estas tienden á ejecutar actos perversos—el homicidio, el incendio ó el robo—aquellos propenden mas bien á la extravagancia. Tal señora histérica, de educacion irreprochable, en medio de una reunion, se siente acometida de la idea impulsiva de proferir blasfemias y palabras obscenas; tal otra, que se distingue por su devocion, se ve acometida del irresistible impulso de ultrajar el nombre de Dios; á otras les acomete el incontrastable deseo de hablar mucho y en voz estertórea ó de romper todo cuanto les viene á mano, etc. De todos modos, los actos impulsivos de la alienacion histérica, difieren mucho de los de la epilepsia. Pero aun hay otra particularidad mas digna de tenerse en cuenta, que distingue la locura histérica de la locura epiléptica, y es que aquella *jamás* termina por verdadera demencia; al paso que esta terminacion es la regla en la última, á no ser que se logre disminuir la frecuencia de los accesos. ¿Cómo darnos cuenta de esta diferencia? La anatomía y fisiología patológicas pueden ofrecernos bastante luz: en el histerismo no hay anemias cerebrales, como en la epilepsia, sino que en cada ataque ocurre una congestion pasajera, un orgasmo, cuyo principal asiento es el tálamo óptico; la sustancia encefálica no se halla, por consiguiente, privada de materiales nutritivos y, por lo mismo, sus elementos no sufren las metamorfósis regresivas que, segun hemos visto, aparecen en la epilepsia.

Esta seria ocasion de tratar de las *locuras epidémicas*, en que el elemento histérico hace el principal gasto y que en todas épocas se han observado por el influjo de la imitacion y de las ideas y supersticiones reinantes. Los límites de esta obra no nos permiten exponer esta historia, en la que, por otra parte, nos hemos ocupado algun tanto en los Preliminares—véase la página 3, y para mas amplios estudios, léase la obra de Calmeil sobre «*la folie condereè sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*—1845,—y la de Próspero Despine sobre «*la folie au point de vue philosophique et psychologique chez le malade et chez l'homme en santé*»—1875.

Pronóstico.—Hé aquí las proposiciones con que puede resumirse este punto:

1.° El pronóstico de la locura histérica, en general, está subordinado al del histerismo.

2.° El histerismo convulsivo, que no va acompañado de pérdida del conocimiento, que se observa en las demás formas, es el menos ocasionado á dar lugar á la locura.

3.° El histerismo que hace su invasion lenta y gradual, ter-

mina mas comunmente por locura que el que estalla súbitamente.

4.° La locura histérica es de mas favorable pronóstico que la locura epiléptica.

5.° La manía histérica resiste mas á la curacion que la forma melancólica.

6.° La hipocondría histérica, bien que muy rara, es casi siempre incurable.

7.° En la locura histérica no hay que temer la terminacion por demencia—tan frecuente en la epilepsia—por mas que algunos enfermos presenten cierta debilidad intelectual.

Y 8.° Los desórdenes frenopáticos que acompañan al estado nervioso, ó nervosismo, son tan difíciles de curar como este mismo estado.

Tratamiento.—Si, como frecuentemente acontece, el histerismo está sostenido por la pobreza de la sangre, se reportarán ventajas de los *ferruginosos*; solo en casos de plétora uterina ó encefálica, pueden tener aplicacion las emisiones *sanguíneas locales;* el *opio*, administrado á dósis crecientes, desde 5 á 40 centígramos, es el fármaco que ha producido mas buenos resultados en esta enfermedad; nosotros hemos empleado con bastante éxito el *bromuro de potasio* y recientemente el *mono-bromuro de alcanfor*. Los *baños tibios* producen una sedacion de las mas favorables y merecen recomendarse. La *hidroterapia*, á título de agente tónico, es tambien un buen remedio, en determinados casos. El *éter*, el *almizcle*, el *castóreo*, la *valeriana*, el *óxido* y el *valerianato de zinc*, están indicados para combatir los accesos de histerismo. El *agua fria*, ingerida en cantidad considerable —dos ó tres vasos—durante el ataque, es uno de los medios mas eficaces para hacerlo cesar, mayormente si tiene la forma convulsiva; siendo de advertir que, si bien despues del primer vaso suelen exasperarse las convulsiones, continuando la administracion, se desvanece el acceso. Tambien da excelentes resultados, en estos casos, la *cloroformizacion*, recurso de que hubiéramos echado mano en el caso referido en la nota de la página 494, si el ataque tetánico no hubiese cedido á las inyecciones hipodérmicas de morfina y de bromuro de alcanfor, asociadas al hidrato de cloral.

La terapéutica de la locura histérica saca sus indicaciones de los especiales que presenta el histerismo y de las que sugieren la forma mental que se presenta: así, pues, el opio, el éter, la valeriana y hasta el cloroformo, constituyen los principales in-

dicados para combatir los accesos frenopáticos del histerismo.

Como tratamiento moral, cuando se ha declarado la locura histérica, debe recomendarse el *aislamiento* del enfermo, á fin de sustraerle á estímulos que exaltarian su sensibilidad y su fantasía.

Contra la locura histérica de forma epidémica, se adoptarán las siguientes medidas: 1.°, aislamiento y secuestracion de los alienados, á fin de que no puedan seguir contaminando con el ejemplo, y 2.°, intimidacion de los afectados ó de los propensos á afectarse. Boerhave, en un colegio de niñas de Leyden, detuvo una epidemia incipiente de histerismo maniaco convulsivo, amenazando azotar á las que se conveliesen; el propio resultado dió el mismo medio empleado en un convento, cuyas educandas, poseidas de zoantropía histérica y creyéndose convertidas en gatas, no cesaban de mayar.

CAPÍTULO XXVI.

GÉNERO CUARTO.—LOCURA CORÉICA.

La *corea*, ó *baile de San Vito*, es una enfermedad convulsiva de movimientos clónicos, que cesan durante el sueño, cuya intensidad aumenta ó disminuye á tenor de las excitaciones, morales ó físicas, que recibe el enfermo y que frecuentemente se acompaña de diferentes trastornos mentales característicos.

Etiología.—Sin duda influye la *herencia* morbosa como causa predisponente. En algunos casos de corea que hemos observado, el enfermo era hijo de un sugeto afectado de *reumatismo gotoso*; son conocidas las analogías etiológicas entre el *reumatismo* y la corea. Una niña, que habia sufrido repetidos ataques de reumatismo, ha presentado los primeros indicios del baile de San Vito, que han sido felizmente combatidos, hasta ahora. La denticion, la pubertad, el onanismo, la preñez, las lombrices intestinales, la intoxicacion mercurial y el ergotismo, figuran entre las *causas ocasionales* de este neurosis.

Sintomatología.—Al principio, el enfermo hace gestos involuntarios ú ofrece algunas anomalías en la progresion; nada se observa mientras no trata de hacer algun movimiento voluntario; luego despues las contracciones involuntarias aparecen aun cuando el enfermo pretende estarse quieto. Los ojos y los músculos de la cara se agitan sin cesar, dando al semblante las mas variadas expresiones; la cabeza se mueve en todos sentidos, los miembros torácicos se convelen sin órden ni coherencia y

lo propio se observa algunas veces en las abdominales, de donde viene el nombre de *Baile de San Vito*. Las convulsiones pueden ser unilaterales; pero cuando son bilaterales, el lado izquierdo es el que las presenta mas irregulares y mas marcadas. Estos movimientos aumentan de intensidad por las impresiones morales y físicas; la electricidad las exaspera. Hay frecuentemente irregularidad y tumulto en los latidos cardiacos y dilatacion é inercia en las pupilas. Por último, en las dos terceras partes de casos, se observan trastornos de las facultades mentales, los cuales serán objeto de una descripcion especial.

Fisiología patológica.—La circunstancia de que la corea se observe frecuentemente en los perros, ha hecho que los fisiólogos hayan tenido ancho campo para la experimentacion. A los trabajos de Onimus y Legrós se debe principalmente cuanto sobre el particular sabemos. De estos estudios resulta: 1.°, que en los perros coréicos, la seccion de la médula en su parte mas alta, suprime los movimientos voluntarios, pero no las convulsiones; 2.°, que la seccion de los cordones y cuernos posteriores de la sustancia gris, hace cesar los movimientos coréicos y que estos se debilitan tanto mas cuanto mas profunda se hace la seccion; 3.°, que una seccion longitudinal de la sustancia gris de la médula, no influye en la continuacion de las convulsiones coréicas; 4.°, que, en los perros, las caricias templan las convulsiones, al paso que estas se exasperan cuando se castiga ó atormenta al animal, y 5.°, que las lesiones demostradas por la autopsia, consistentes en congestiones cerebrales, reblandecimientos é induraciones de la médula y degeneracion granulosa de la sustancia gris, son poco constantes para poder fallar acerca la naturaleza del proceso anatómico que corresponde á esta enfermedad.

Apoyados en estos hechos, los fisiólogos no vacilan en atribuir á la sustancia gris correspondiente á los cuernos posteriores de la médula y sus prolongaciones encefálicas el asiento de la corea. Si las sensaciones dolorosas y las emociones morales acrecientan las convulsiones coréicas, es en virtud de las conexiones anatómicas de la sustancia gris de la médula con el cerebro; si cesan los movimientos durante el sueño, es porque la médula, como el cerebro, es susceptible de esta *funcion negativa*. Tambien cesan los movimientos coréicos por la anestesia; pues la médula, como el cerebro, es anestesiable. El enfriamiento de la médula, en los perros coréicos, hace cesar las convulsiones, al paso que estas se acrecientan cuando se acumula calórico en el

cordon medular; esto indica que el frio podria tal vez emplearse con ventaja en esta enfermedad.

Poincaré, de quien tomamos estas ideas, no describe ni trata de explicar las perturbaciones intelectuales de la corea: ¿seria arriesgado suponer que, en los casos que estas no se observan, la alteracion no ha pasado de la médula, y que cuando existen, es porque el daño se ha propagado, por el bulbo, la protuberancia y los pedúnculos cerebrales, á la sustancia gris de los tálamos ópticos? ¿No son las alucinaciones ópticas y tactiles, los síntomas predominantes en este estado mental?

Trastornos mentales en la corea.—El Dr. Marcé es quien ha hecho un estudio mas completo de los trastornos mentales propios de la corea, por lo cual nos limitaremos á extractar las ideas contenidas en su trabajo, publicado en las *Memorias de la Academia de Medicina*, t. XXIV, en 1860, y reproducido en un *Traité pratique de Medecine mental*—1862.

Sin que se pueda atribuir á la influencia del sexo, ni de la edad, ni á la intensidad de los movimientos coréicos, ni á la agudez ó cronicidad de la afeccion, se observa, que una tercera parte de los sugetos afectados de corea, no presentan el menor trastorno frenopático; en cambio, en los dos tercios restantes, aparecen anomalías mentales, que se pueden clasificar en tres grupos: 1.° modificaciones del carácter moral y de la inteligencia, 2.° estados alucinatorios, y 3.° delirio maniaco.

Modificaciones del carácter moral y de la inteligencia.—Estas modificaciones que, propiamente hablando, no alcanzan al grado de la alienacion mental, consisten en esa impresionabilidad exagerada, idéntica á la que se encuentra en el nervosismo Los niños coréicos se hacen notar por su extraordinario atolondramiento: todo les incita á reir; otras veces, y sin motivo alguno, están tristes, taciturnos y propensos á llorar. Si el niño era dócil, amable y cariñoso, vuélvese irascible, impaciente, quisquilloso, embustero é ingobernable. Si se trata de un adulto, estos cambios del carácter son menos perceptibles, pero no dejan de notarse caprichos extravagantes, y una susceptibilidad extrema, que hace que no tolere la mas insignificante oposicion. A medida que las convulsiones invaden los músculos labiales, de modo que la expresion se hace mas y mas penosa, acentúanse las anomalías del carácter moral. La exageracion de estas, por su parte, es indicio de que la corea se halla próxima á estallar; entonces los síntomas convulsivos y las alteraciones morales marchan á la par y se disipan simultáneamente. Las anomalías de la inte-

ligencia, consisten en una notable disminucion de la memoria y de la atencion: el enfermo olvida con suma facilidad lo que ha aprendido, y si se le encargan algunas comisiones, no se acuerda de la mayor parte de ellas. Explorando estos sugetos, conversando con ellos, se nota la versatilidad de su atencion: propenden á mudar de ideas y, si se le compele á que se fijen en un determinado asunto, siéntense acometidos de vértigos y malestar general, su rostro se colorea y las convulsiones faciales aumentan de punto, adquiriendo la fisonomía un aspecto particular de fatuidad.

Delirio alucinatorio coréico.—Las alucinaciones son muy frecuentes en la corea.—11 casos, entre 40 enfermos—y tienen caractéres especiales. Afectan de preferencia al sexo femenino,—entre 11 casos, 9,—se observan entre los catorce y veinticuatro años y son rarísimas en la corea de la primera infancia. Casi son exclusivamente ópticas; se han visto algunos casos de carácter tactil; poquísimos del oido, y ninguna del olfato ni del gusto. Las alucinaciones ópticas aparecen en el estado de sopor intermedio entre el sueño y la vigilia; menos al aparecer los preludios del sueño, que al despertar. Cuando se inician al dormir, es frecuente que persistan durante el sueño, cual si fuesen ensueños. Hay enfermos á quienes basta cerrar los ojos, para que les acometan estas alucinaciones, que duran aun despues de abrir los párpados y aun á veces cambian de forma. Estas alucinaciones son siempre penosas, pues consisten en objetos de terror, figuras fantásticas, calaveras, cruces, féretros, cementerios, brujos, lobos, leones, gatos, ratones ó serpientes que se encaraman en la cama para morder al paciente, causándole el mayor espanto y necesitándose grandes esfuerzos para convencerle de la no realidad del objeto de sus visiones, pues las imágenes son tan claras, que no solamente tienen figura, si que tambien relieve. Cuando á las alucinaciones ópticas se asocian las tactiles, el enfermo, no solo ve animales fieros ó asquerosos, sino que siente su contacto y hasta sus mordeduras. Semejantes anomalías de la sensabilidad, suelen presentarse en lo mas fuerte de las convulsiones coréicas y se asocian á la irritabilidad y perversiones del carácter moral de que hemos hecho mérito. Esto, empero, no es decir que, en algunos casos, las alucinaciones no se observen al iniciarse el paroxismo. De todos modos, este estado no es pasajero, sino que subsiste en tanto que las convulsiones, siendo de notar que, á medida que se disipan las visiones, cede el estado convulsivo.

Delirio maniaco corèico.—El delirio agudo coréico, que, por fortuna, raras veces se observa, es un estado de alienacion mental tan evidente, como el delirio maniaco ordinario. Puede presentarse al principio de la corea, cuando aun las convulsiones son poco intensas; pero, por lo comun, no aparece hasta ocho, diez ó doce dias despues de haberse declarado las convulsiones. Entonces estas aumentan en intensidad y extension, se exalta la sensibilidad, sobreviene calentura y las ideas se ofuscan, se confunden y se hacen incoherentes. Vienen las alucinaciones ó se hacen mas vivas y ya no son solo nocturnas, sino que aparecen tambien durante el dia, y en tal estado, declárase una agitacion maniaca, que se confunde con las convulsiones.

Este delirio puede revestir tres formas: ó puede ser incoherente, y entonces los enfermos, en medio de su agitacion, profieren palabras inconexas y gritos roncos no articulados, ó bien la exaltacion de las ideas corresponde á las alucinaciones, así, que, si bien al principio el paciente se da cuenta de las sensaciones morbosas que experimenta, despues, dejándose arrastrar por estas, se ve conducido á los grados mas elevados de la ideofrenia. Cuando las cosas llegan á tal extremo, la fiebre es muy alta, el pulso late ciento veinte veces por minuto, hay calor urente, sed, lengua seca, expuicion, y el enfermo es presa de una agitacion tan grande, que difícilmente se le puede retener. Al último, sobreviene un coma muy profundo, que termina por la muerte.

Pronóstico.—El juicio clínico de la locura coréica, puede expresarse en las siguientes proposiciones:

1.° A la vista de una corea, no es dable pronosticar si aparecerán ó no anomalías frenopáticas, pues ni las condiciones del enfermo, ni las de la neurosis, dicen nada relativo á este punto: solo se sabe que en una tercera parte de coreas no se observa esta complicacion.

2.° Declaradas las alteraciones mentales, es de temer que se agravarán, si aumenta la frecuencia, extension é intensidad de las convulsiones.

3.° A medida que disminuyen los síntomas convulsivos, se disipan los frenopáticos.

4.° Las alucinaciones deben inspirar recelos por la posibilidad de que engendren el delirio maniaco.

Y 5.° El delirio maniaco-coréico es una de las formas mentales mas graves, pues frecuentemente termina por la muerte, en corto tiempo.

Tratamiento.—Los baños tibios, las afusiones frias, los baños

sulfurosos, la valeriana, el óxido de zinc, el opio, á dósis progresivas, el bromuro de potasio, los ferruginosos, que son los indicados para combatir las convulsiones coréicas, son tambien los únicos remedios que deben emplearse contra los trastornos frenopáticos de la corea. En el delirio maniaco coréico, en que la agitacion impide usar de los baños, así como la disfagia se opone á la administracion de medicamentos por las vias digestivas, se podria apelar á la medicacion hipodérmica y á la cloroformizacion.

CAPÍTULO XXVII.

GÉNERO QUINTO.—LOCURA PELAGROSA.

La *pelagra*—de *pellisægra*—piel enferma—*mal de la rosa* ó de *Oviedo*, ó *escorbuto alpino*, es una enfermedad diatésica, endémica ó esporádica, caracterizada por una dermatosis eritematosa, con diferentes trastornos digestivos y perturbaciones mentales. La poca frecuencia con que esta afeccion se observa en nuestros asilos y la circunstancia de que su historia se halla detalladamente expuesta en los tratados de Dermatología, nos autorizan á limitarnos á una descripcion compendiosa.

Sintomatología.—Caracterizan la pelagra tres órdenes de síntomas: cutáneos, digestivos y frenopáticos. Los síntomas cutáneos, que son los que primero aparecen, consisten en manchas eritematosas, que se presentan en las muñecas y que luego se extienden al dorso de las manos y demás sitios descubiertos ó expuestos á los rayos solares. Esta erupcion causa un dolor urente, y no tarda en adquirir la forma ampulosa; despues, las ampollas se rompen y la epidermis se desprende bajo el aspecto de furfuraciones ó de grandes tiras, dejando una superficie seca, lisa, roja y brillante.

Los síntomas del aparato digestivo, son: anorexia ó bulimia, vómitos, diarreas, agrietamiento de la lengua, estado escorbútico de las encías y flujo salival salado. Persisten mientras la erupcion cutánea, esto es, durante la primavera y verano; en otoño é invierno el enfermo parece curado.

Los síntomas cerebrales, al principio, se reducen á cierto decaimiento moral, tristeza, ineptitud para el trabajo, vértigos. deslumbramientos y raquialgia. Solo mas tarde aparece un verdadero estado mental, que pudiendo revestir la forma maniaca

ó la melancólica, es susceptible de agravarse hasta presentar los síntomas de la parálisis general.

La forma maniaca aparece por accesos de delirio violento, con impulsos irresistibles á cometer actos perversos. En la forma melancólica, que es la mas frecuente, hay predominio de ideas religiosas, alucinaciones, delirio parcial, de carácter triste, con conceptos melancólicos é hipocondriacos. No es raro que la melancolía pelagrosa sea tan profunda, que llegue hasta el estupor. El síntoma frenopático mas culminante en la melancolía pelagrosa, es la propension al suicidio. Se ha dicho, que lo que especialmente distingue la impulsion suicida de estos enfermos, es la tendencia á atentar contra su vida ahogándose en el agua —*hidromanía*.—El Dr. Marcé considera que, si estos enfermos apelan frecuentemente á la sumersion, es á causa de que, como la pelagra se ceba en los campesinos, y en las aldeas las casas son bajas, abundando, en cambio, las balsas, los estanques y los rios, los enfermos hállanse, en cierto modo, privados de los medios comunes de suicidarse, pues ni tienen armas mortíferas, ni conocen la asfixia por el tufo del carbon, etc., que tienen á mano los moradores de las ciudades, y solo les resta el agua para realizar sus fatales designios. Por esto, no todos los suicidas pelagrosos se ahogan, sino que muchos se matan por extrangulacion.

La parálisis general de los pelagrosos, se distingue de la pelagra verdadera: 1.°, en que en aquella, mas bien que parálisis del movimiento y de la sensibilidad, hay debilidad general, que no solo no es fatalmente progresiva, sino susceptible de mejoría y aun de curacion; 2.°, en que en la parálisis pelagrosa no se observa delirio ambicioso, ni disfagia, como en la verdadera parálisis general; y 3.°, en que en la parálisis pelagrosa hay constantemente raquialgia lumbar, y aun á veces cervical, que coincide con el reblandecimiento de la médula, síntoma y lesion que no son característicos de la verdadera locura paralítica.

Marcha.—Los síntomas de la pelagra aparecen en primavera, rebajan en otoño y desaparecen en invierno. Esta série de mejorías y agravaciones puede durar mucho tiempo: por lo comun, de cinco á ocho años; al último se declara un estado caquéctico y el enfermo muere, por consuncion, en uno de los períodos vernales.

Anatomía patológica.—La lesion mas importante acusada por las autopsias de los pelagrosos, consiste en el reblandecimiento de la médula, principalmente en su region lumbar, limi-

tándose la alteracion á la sustancia blanca, que, en muchos casos, parece reducida á ténue papilla. Esta lesion va acompañada de hiperemias y ulceraciones intestinales, que explican los síntomas digestivos.

Tratamiento.—La terapéutica de la locura pelagrosa consiste esencialmente en el empleo de los medios indicados para combatir la pelagra. Estos, en su mayor parte, son del dominio de la Higiene. Una buena *alimentacion*, la *metasincrisis*, apartando al enfermo del pais en donde es endémica la pelagra y preservándole del influjo directo de los rayos solares, constituyen, en este punto, los principales indicados. El *aceite de hígado de bacalao*, el *hierro*, el *iodo* y el *arsénico*, son los medicamentos de que se han reportado mas estimables beneficios. El Dr. Landouzy preparaba á sus enfermos, desde fin de invierno, haciéndoles tomar, despues de las comidas, *vino de quina con sulfato de quinina*. Los *baños calientes*, usados en dias alternos, los de *mar*, los *sufurosos*, los de *vapor* y la *hidroterapia*, modifican favorablemente el exantema. El *opio*, el *diascordio*, el *tanino* y la *ratania* se emplean contra la diarrea. Por último, las aguas *sulfurosas* de Cautarets y Labassere gozan de grande reputacion, hasta atribuirles una accion específica, en esta enfermedad.

CAPÍTULO XXVIII.

ÓRDEN 2.°—DEMENCIAS.

Caractéres del grupo.—Decadencia ó pérdida de las facultades mentales.—Primarias ó consecutivas.—Lesiones de nutricion de la sustancia nerviosa.—Incurables.—Solo susceptibles de una terapéutica paliativa que detenga la marcha del proceso necrobiótico.—Géneros: *Demencia propiamente dicha.—Parálisis general de los alienados.*

GÉNERO PRIMERO.—DEMENCIA PROPIAMENTE DICHA.

Sinonimia.—Dementia—del latin *de*, privativo, y *mens*, inteligencia.—*Amencia*—de *á*, privativo, y *mens*, inteligencia.—*Afrenia*—Guislain.—

Definicion.—Aun hoy dia puede conservarse para la demencia la definicion de Esquirol: «una afeccion cerebral, por lo comun apiréctica y crónica, caracterizada por decadencia de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad.» Debemos empero advertir que, en nuestros tiempos, es preciso segregar de las demencias la *melancolía con estupor*, pues, segun hemos visto, en esta no hay decadencia frénica, sino opresion de las facultades mentales que, no obstante, estar sobrexcitadas, no pueden manifestarse, por falta de medios de espresion.

Etiología.—Apenas hay enfermedad mental cuyo último término no pueda ser la demencia; pero hay varias condiciones, individuales ó accidentales, que favorecen ú ocasionan este estado patológico. Entre estas, debe contarse en primer término la *edad* avanzada, siendo de observacion que las enfermedades mentales tienden tanto mas á esta terminacion, cuanto mas el paciente dista de la juventud y se aproxima á la vejez, en términos que,

por sí sola, la senectud conduce á una forma especial de demencia, que recibe el calificativo de *senil*.

Siendo la demencia el resultado del decaimiento orgánico y dinámico del cerebro, no es de admirar que, en los sugetos de *inteligencia limitada* y particularmente en los *imbéciles*, las enfermedades mentales se encaminen mas rápidamente á su extincion definitiva, que en los que se hallan mas favorablemente dotados en el concepto de sus sentimientos, instintos y talentos.

Deben tambien figurar en la etiología de la demencia, los *tratamientos inconvenientes* de las enfermedades mentales: las emisiones sanguíneas, de que algunos prácticos no se muestran avaros para con los alienados, la dieta, el onanismo, y, en general, todas las *potencias debilitantes ó hipostenizantes*, ejercen el mas funesto influjo. Lo propio cabe decir de los *medios de represion ó sujecion*, y muy particularmente de las duchas frias, empleados inoportunamente ó de un modo abusivo, pues, exagerando el delirio, determinan mas prontamente la fatiga irreparable de las células nerviosas. Por último, el embarazo, el parto y la lactacion, son movimientos fisiológicos que, lejos de operar la revulsion favorable que algunos han pretendido, obran hipostenizando, y por consiguiente, favoreciendo la aparicion de la demencia.

Sintomatología.—Con el nombre de *estados de decaimiento ó debilidad intelectual*, Griesinger ha formado un grupo de enfermedades mentales, que en el fondo comprende las mismas afecciones que otros alienistas estudian con la denominacion genérica de demencia. Los caractéres comunes á este grupo son los siguientes: 1.° salvando raras excepciones, en estos estados la perturbacion mental no es primitiva, sino consecutiva á otra ú otras formas mentales—manía, monomanía, melancolía, éxtasis, alcoholismo, manía epiléptica, etc.—2.° como lesion fundamental, no se encuentra una emocion dominante que altere la inteligencia, sino que las perturbaciones de esta facultad son esenciales, pues, ó no han existido jamás anomalías de la afectividad, ó bien estas se han disipado. 3.° en la mayoría de estos casos, hay un sello de impotencia mental, que se revela por la escasa energía de las facultades intelectuales, por debilidad de la memoria, por el poco vigor de la asociacion, por la inercia de la voluntad, y por la obtusion de los sentimientos; en otros, empero, subsisten algunos conceptos delirantes, que absorbiendo todo el mundo psicológico, disimulan, en cierto modo, el decaimiento de las facultades mentales; de donde que, abolida la facultad de

pensar en casi todas las regiones del cerebro, no nazca concepto alguno capaz de contrarestar las ideas falsas del delirio, que son las únicas en que se manifiesta el vigor; y 4.°, la marcha de las enfermedades comprendidas en este grupo, es esencialmente crónica, y sus tendencias son constantemente desfavorables, pues cuando no se inclinan á completar la ruina de la inteligencia, persisten sin progreso plausible durante largo tiempo.

Griesinger divide el grupo de los decaimientos intelectuales en dos secciones: en la primera coloca la locura sistematizada, y en la segunda la demencia propiamente dicha, que á su vez la subdivide en *agitada* y *apática*.

El Dr. Baillarger, y con él la mayoría de los alienistas franceses, se oponen á que la locura sistematizada sea comprendida entre las demencias, en atencion á que consideran que el decaimiento intelectual no es real, sino una apariencia resultante del predominio exclusivo de un solo órden de ideas, y creen, por consiguiente, que esta forma mental, aunque, como todas las otras, es susceptible de terminar por demencia, mientras no presente verdadero decaimiento de las funciones mentales, pertenece de derecho al género monomanía.

Expresaremos exactamente el estado de nuestro espíritu, diciendo, que fluctuamos entre estas opiniones. ¿Quién es capaz de averiguar si es real ó aparente la depresion mental en los casos citados por Griesinger, que, por otra parte, difieren bastante de los que los alienistas franceses incluyen en el género monomanía? Ello es que los tipos descritos por Griesinger con el nombre de *locuras sistematizadas*, son de los que con mayor frecuencia se presentan en la práctica y constituyen precisamente los casos de diagnóstico mas árduo, pues, en vista de los síntomas, uno no sabe si á estos enfermos se los ha de llamar dementes, ó si se los ha de considerar como monomaniacos. La *locura sistematizada*, de Griesinger, da solucion á este expediente y, por lo tanto, consideramos ventajoso para la clínica admitir este género, que, si se quiere, forma una entidad frenopática que establece la transicion entre las locuras y las demencias. Vamos, por consiguiente, á describir: 1.°, los síntomas de la locura sistematizada; 2.°, los de la demencia agitada, y 3.°, los de la demencia apática.

Locura sistematizada.—M. Neumann, con rara precision y agudo ingenio, al estado mental descrito por Griesinger, le ha llamado «*curacion con pérdida de sustancia de la inteligencia.*» No es posible expresar con menos palabras los hechos siguientes: que este estado patológico deriva de otro anterior; que han

desaparecido los síntomas mas culminantes—la agitacion y el estado emocional—y que, á pesar de todo, en las funciones intelectuales, no se ha restablecido la integridad. La locura sistematizada es, pues, siempre un resultado, ó por mejor decir, un *residuo* de otro estado frenopático de los que hemos estudiado en el órden de las locuras propiamente dichas. El tránsito desde la manía, la melancolía ó la monomanía á la locura sistematizada, se verifica con mucha lentitud y con oscilaciones, á veces muy prolongadas; el delirio, afirmativo ó negativo, se va disipando, hasta que no resta sino una ligera excitacion, maniaca ó melancólica, de curso crónico. La calma se restablece; el enfermo parece mas susceptible de reflexion; las ideas son menos confusas y pudiera creerse que la alienacion está próxima á un feliz desenlace. ¡Cuánto dista, sin embargo, de marchar por buen camino! El carácter moral ha sufrido un cambio completo: si no siente el dolor frenálgico, y si ya no manifiesta la agitacion maniaca, no es porque la impresionabilidad cerebral haya recobrado ese equilibrio móvil que caracteriza la salud mental, sino porque la sensibilidad moral ha sido aniquilada, perdiéndose al propio tiempo aquella fuerza de reaccion con que antes el espíritu respondia á las excitaciones externas ó de orígen intelectual. De ahí que estos enfermos vivan indiferentes para todo: ni odian ni aman; nada les conmueve; se enteran, sin la mas pequeña muestra de pesar, de la muerte ó de la desgracia de las personas á quienes anteriormente distinguian con su mayor predileccion; no les causan el menor trastorno los acontecimientos mas graves. En su cerebro, anonadado, solo resta un tendon de Aquiles, un punto vulnerable: sus ideas fijas. Trátese de combatirles y se levantará una reaccion ruidosa, un arrebato de ira; procúrese aplaudirlas, y el enfermo se mostrará complaciente y engreido. Esta obtusion moral, *locura afectiva fija*, como dice Griesinger, es la causa de la extrema docilidad de estos enfermos; aun haciendo vida comun, lleva cada uno una existencia separada; no se conciertan nunca entre sí. Les es indiferente cuanto les pasa á sus compañeros de enfermedad; no se alteran cuando alguno de ellos es castigado ó separado de la comunidad, y son tan disciplinables, que un solo guardian basta para custodiarlos á todos. «Estos individuos, añade el citado autor, no se han vuelto, pues, completamente inaccesibles á las emociones, pero no hay en ellos sino un solo grupo de ideas que tenga bastante fuerza para sugerir aquellas. La disposicion dominante del carácter, en general, corresponde perfectamente á las concepciones deliran-

tes; pero, como estas están ya debilitadas, mayormente cuando la locura sistematizada llega á un grado elevado, se ve frecuentemente una indiferencia é indolencia completas; el enfermo dice, sin que su fisonomía manifieste ningun rasgo de emocion, que él es el dueño del mundo; que le pertenece todo el universo; que es Dios, etc.» En las restantes ideas que no dicen relacion al delirio, no hay la menor reaccion moral, á causa de aquellas tienen poca intensidad, ó porque quizás no existen. De ahí que las ideas delirantes no puedan ser contrastadas por otras de índole sana. En el mundo psicológico de estos enfermos, no se verifica este movimiento de oposicion, especie de combate entre las ideas fijas y los pensamientos racionales, que tiene lugar en la mente sana; en el cerebro no hay mas que un bando intelectual que gobierna todos los sentimientos y determinaciones; las concepciones morbosas no experimentan el contrapeso de otras de carácter moral; el enfermo vive, mas bien que en la conviccion, en la evidencia de aquellas. Los actos extravagantes ó caprichosos de estos enfermos, son regidos por las ideas delirantes y son meramente automáticos. Si á estos alienados se les reconviene por sus acciones, se irritan y se encolerizan, del mismo modo que pudiera enojarse una persona cuerda cuando se le preguntase el porqué de ciertos hábitos caprichosos, como por ejemplo, el de roerse las uñas. Algunos enfermos de locura sistematizada son susceptibles de sostener por algun tiempo una conversacion; pero las fuerzas les faltan desde el momento en que debe trabajar la abstraccion. Todos, en general, ofrecen gran debilidad de la memoria, y esto hace que no puedan concertar ordenadamente los juicios, ni fijar la atencion en objetos difíciles de ser comprendidos en el área de su delirio. De ahí la incoherencia de las ideas, que se revela mas en los escritos que en las palabras, y la manifiesta tendencia á abandonar el asunto de que se trata, para desviarse hácia el del delirio.

La naturaleza de las ideas delirantes ofrece algunas diferencias, mas aparentes que reales: todas se refieren á la personalidad del enfermo ó á sus relaciones con el mundo ó con la divinidad; unos empero son activos y exaltados; créense sabios, poderosos, profetas, reyes ó dioses; otros son pasivos, y se consideran blanco de todo género de persecuciones y asechanzas ó sienten trasformada su naturaleza: tal cree que tiene piernas de vidrio; tal otro que su cuerpo está inanimado ó convertido en blanda manteca, etc.; pero lo que capitalmente distingue la locura sistematizada de todos los otros estados frenopáticos que se le ase-

mejan, no estriba en la limitacion del objeto del delirio, sino en la constancia con que el enfermo expresa una misma idea falsa principal, que es la que incesantemente le acosa. Gradualmente, toda la actividad psíquica se va concentrando en este punto, esto es, en la propia personalidad, y como el enfermo vive solo dentro de sí, no juzga del mundo exterior sino através de su delirio, y de tan falsas premisas no puede menos que sacar las mas erróneas consecuencias.

A este particular trastorno de la inteligencia, se agrega otro, no menos trascendental, de la sensibilidad; las alucinaciones sensoriales vienen á dar mayor consistencia del delirio. En ninguna forma mental, dice Griesinger, son tan frecuentes las alucinaciones como en la locura sistematizada.

No son menos características las anomalías de la sensibilidad y del hábito exterior. La fisionomía de estos enfermos parece avejentada y traduce fielmente las ideas delirantes que les dominan. Sus gestos tienen algo de ridículo; algunos se mantienen inmóviles como una estátua; otros pasean siempre por un mismo sitio, sin jamás avanzar ni retroceder ni un paso; otros no cesan de mucitar ó mascullar palabras fantásticas, versos ó melodías; otros se vuelven de espaldas á todos los que pasan; otros gastan el dia recogiendo harapos, guijarros, colillas de cigarro y demás objetos por el estilo, á los que suelen atribuir gran valor, etc. Es notable que estos enfermos, mientras no están en los períodos de excitacion, maniaca ó melancólica, engordan considerablemente y viven largos años disfrutando de buena salud física. Algunos son susceptibles, á beneficio de un tratamiento moral enérgico, de cierta mejoría, que permite utilizar su trabajo en el asilo; ninguno, empero, llega á una curacion completa. Los que no mejoran, vienen á parar en la demencia agitada ó apática.

Tales son, en resúmen, las ideas de Griesinger sobre la locura sistematizada. La siguiente observacion, que trascribimos del *Diario clínico de Nueva-Belen*, servirá de ejemplo del cuadro sintomatológico que hemos expuesto. La fig. 2.ª de la lámina 2.ª es el facsímile de este individuo, siendo tipos congéneres la fig. 2.ª de la lámina 3.ª y la fig. 1.ª de la lámina 4.ª—Véase el Atlas.

«J. B., cuarenta años, temperamento nervioso-bilioso, constitucion enjuta, tenedor de libros, hijo de una familia bastante acomodada, no obtuvo el legado de la herencia que esperaba de su padre. Recibió una educacion esmerada y, á parte de haber hecho los estudios mas completos en diferentes ramos del comer-

cio, cultivó con bastante provecho las ciencias naturales y adquirió una instruccion muy vasta. Gozaba de envidiable reputacion como tenedor de libros, y en calidad de tal, estuvo muchos años en un casa de Barcelona. A pesar de su ilustracion y finos modales, se hacia notar por sus excentricidades. No obstante, hasta la edad de treinta años, no se dejó de ver cordura en sus acciones y palabras. Presumia que, á la muerte de su padre, heredaria una pingüe fortuna; pero, aconteció que este legó la mayor parte del patrimonio á una hermana del enfermo. De este suceso data la exaltacion de su entendimiento. Cierto dia se hace retratar completamente desnudo; coloca su retrato en un cuadro; lo cuelga en el nicho donde descansan los restos de su padre, y escribe al pié estas palabras: «*así habeis dejado á vuestro hijo.*» Se le veia aficionado á la soledad, huia de sus amigos y frecuentemente se le sorprendia en acalorados monólogos. Un dia va á visitar á una señora, conocida suya, y le dice: «Sé que es V. víctima de una gran desgracia; solo yo puedo salvarla en tan precaria situacion.» Vuelve al otro dia y repite lo mismo, y sigue reiterando sus visitas, sus presagios y la ostentacion de su poder, hasta la sexta vez, en que, habiendo sido conocida su locura, es despedido. Otro dia sale de Barcelona, se dirige al Puchet, promueve altercados con cuantas personas encuentra al paso, quiere que le declaren hijo adoptivo de San Gervasio, y sigue su marcha hasta el Tibidabo; llega á la cumbre de la montaña, y allí, vuelto de espaldas á la ciudad, verificando cierta funcion que no es del caso decir, se burla de Barcelona. En el momento de entrar en el manicomio, ve al capellan, y le dice: «Véte de ahí; huye de mi presencia.»—«¿Por qué he de marchar?»—«Porque eres un asesino, un tunante.»—«Pues si yo soy todo esto, V. es un santo.»—«Te engañas: yo no soy un santo; yo soy el Hijo de Dios.»—Desde entonces su odio á los sacerdotes ha sido mucho mas moderado.—Algunas veces se ha dirigido á los empleados del establecimiento y les ha dado lecciones de Geografía, Mineralogía ó Geología.—En cierta ocasion, al punto en que, con la mayor petulancia, hacia gala de sus vastos conocimientos, pretendiendo darnos una leccion de Física, tratamos de explorar el estado de sus sentimientos, preguntándole por su hermana y por su padre; al oir esta interpelacion, abandonó sus elucubraciones científicas y se entregó á tan violentas manifestaciones de furor, que fué preciso recluirle en el cuarto fuerte. Su aspecto no puede ser mas típico: alta estatura, cabello áspero y en desórden, barba entera, nariz recta y proeminente, frente sem-

brada de surcos trasversales, mirada altiva y medio velada, labio inferior deprimido y cárdeno, hé aquí un conjunto mas propio de un octogenario que de un hombre de cuarenta años. Lleva siempre desabrochada la camisa y ostenta un cuello nervioso y un velludo pecho.—Preséntase con finura, pero con aire de proteccion; apenas se digna mirar á sus interlocutores, y á menudo abre ámpliamente la boca para ejecutar una larga série de fuertes expiraciones, acompañadas de un sonido gutural muy particular. Cuando produce este ruido con mayor intensidad, es indicio de que está próximo un paroxismo.

En estos grita, escupe, patea y agita las manos, con extraordinaria vehemencia. Se ha observado que, si cuando abre la boca del modo dicho, se le aplica un pañuelo á guisa de mordaza, créese castigado y se enmienda por algunos dias y que, si en sus arrebatos furiosos se le recluye, se le administra una ducha ó se le pone el cinturon, pasa muchos mas dias tranquilo, que cuando se han tolerado sus raptos frénicos.

Llamado á la sala de consulta, ha entrado con toda cortesía; háse sentado donde le hemos indicado, ha encendido un cigarro, nos ha mirado de la manera que le es característica, ha sonreido con desden, y volviéndonos el rostro, en vano hemos aguardado á que rompiese el silencio. Al fin, le hemos dicho—«¿Qué tal va aquí?»—«Aquí sepasa... y á V. ¿qué le importa?»—«Me alegro; pero, como creia que V. podia desear no permanecer mas tiempo en el asilo...»—«El pais sabe que estoy aquí, y él es quien debe cuidar de mi libertad, y no un necio como V.»—«Ignoraba que me dirigiese á un representante del pais, á un Diputado de la nacion... V. disimulará mi llaneza.»—«Yo no soy Diputado... yo lo sé todo; yo leo en lo pasado y en lo futuro... Yo soy hijo de Aquel que es, que siempre ha sido y será siempre.»—«Perdone mi llaneza el hijo de Dios... loado sea su nombre.»—«V. y el Sr. M., apenas recobre mi libertad, subirán al cadalso.»—«¡Al cadalso!.. ¿qué delito, qué atentado?..»—«Repito que lo sé todo, y que mi poder es infinito.»—«Mucho, en efecto, he oido celebrar el preclaro talento y grandísima sabiduría de V. y, si no fuese causarle molestia, le haria una pregunta.»—«Yo no debo á V. ninguna satisfaccion por mis actos, y muy poco me importa que me pregunte ó que me deje de preguntar.»—«Pues voy á arriesgarme: es una cuestion de Geología ¿qué terrenos cree V. son de orígen mas antiguo, los de cristalizacion ó los de sedimento?»—«Los mas antiguos son los que tienen mas tiempo.»—Han trascurrido ocho años desde que se tomaron estas notas;

hoy dia D. J. B. ya no ofrece paroxismos de exaltacion, es uno de los pensionistas mas dóciles, ha perdido bastante imaginacion, y ya no se irrita sino cuando se le ataca por el lado de su elevadísima autoridad.—¿Es un demente? No hay duda que su afectividad é inteligencia están profundamente deprimidas; en tal concepto, es demente; pero conserva cierta actividad en la órbita del delirio dominante, que le distingue de otros dementes y permite clasificar su enfermedad entre las locuras sistematizadas de forma exaltada.

Demencia agitada.—Con este nombre designa Griesinger aquellos estados de decadencia mental, sin predominio de una idea delirante y en que las palabras y los actos del enfermo manifiestan que la inteligencia y la voluntad conservan aun cierto vigor y energía. La alteracion característica de este estado consiste en el general decaimiento de las facultades psicológicas. Están apagados los sentimientos; las emociones, si alguna reciben, son tan superficiales como fugaces; no aman ni aborrecen; no les molesta la falta de libertad, ni les alegran las buenas noticias, ni les entristecen los acontecimientos infaustos; si alguna que otra vez se enfurecen, su sobrexcitacion es comunmente transitoria y no tiene por punto de partida ningun motivo intelectual. Despues que ha fulgurado este fuego fátuo, reaparece la fria indiferencia de antes; frecuentemente se les ve reir cuando hay motivos para llorar ó entristecerse; hay algunos que siempre están alegres y complacidos; siempre rien, saltan, bailan ó cantan; otros lloran mucho y se hallan dominados por una tristeza y ansiedad perpétuas; otros, en fin, manifiestan especial tendencia á obrar el mal, á quebrantar la disciplina, á romper, á dañar, etc. Todos estos actos son ejecutados de una manera, en cierto modo automática; improvidos é incapaces de raciocinios coherentes, obran siempre sin saber lo que hacen: la voluntad es extraña á sus acciones. Entre las facultades intelectuales, la memoria es la que primero se presenta tocada de debilidad; por lo comun, desaparece ante todo la aptitud para acordarse de los hechos, personas y cosas recientes, conservando íntegra la memoria de lo lejano; hay, empero, dementes que lo olvidan todo, hasta su propio nombre. Por efecto de esta misma amnesia, la inteligencia se halla desposeida de términos para comparar las impresiones actuales con las pasadas, y por consiguiente, el juicio y el discurso son imposibles, porque carecen de fundamentos. Tampoco hay, ni puede haber, aptitud para la abstraccion, ni para la imaginacion, que son las operaciones in-

brada de surcos trasversales, mirada alti[illegible]as elementales. bio inferior deprimido y cárdeno, hé[illegible] de algunos prupos. pio de un octogenario que de un [illegible] naufragio de la inteli- siempre desabrochada la c[illegible] y continuidad orgánica un velludo pecho.—Pres[illegible] las funciones de los di- teccion; apenas se digr[illegible] los productos de la inteligencia abre ámpliamente la [illegible] de lógica, y aun, en muchos ca- tes expiraciones, [illegible] el sello de la voluntad: el enfermo ha- ticular. Cuando [illegible] como una cotorra; dice siempre las mis- dicio de que es[illegible] de muy diverso significado, pero de sonido

En estos [illegible] no obstante, en medio de esta aniquilacion de- dinaria ve[illegible] que otro punto que aun brilla con cierta inten- del mod[illegible] fijas, que fueron las dominantes durante el créese [illegible] mania, melancolía ó monomanía—que pre- arrel[illegible] cedió á la demencia. Estas ideas, que no pueden ser contrastadas le y[illegible] por otras antagonistas, á causa de que son casi las únicas que res- d[illegible] tan, se apropian todos los vestigios de la actividad, y su expresion constituye el delirio ó agitacion que caracteriza á la forma de de- mencia que describimos. Se ve, pues, que estos dementes presen- tan algunas analogías con los monomaniacos: la fijeza de las ideas y carácter ambicioso del delirio. A pesar de la gran descomposi- cion de las regiones de la inteligencia, pueden las de la sensibi- lidad conservarse íntegras, en cuyo caso los errores del juicio no dependen de los sentidos, sino de las partes encargadas de las percepciones; no obstante, lo mas comun es que aparezcan alu- cinaciones, que suelen ser notables por su incoherencia, fugaci- dad y variedad. A medida que la demencia adelanta, progresa la parálisis muscular, y cuando esta no existe, los movimientos son desordenados, pesados y uniformes. En otros casos, hay una agitacion insustancial: el enfermo corre, salta, baila ó gesticula extravagantemente con las manos. No son raros los caprichos frenopáticos: hay dementes que no cesan de recoger guiñapos y demás objetos triviales; otros manifiestan tenaz oposicion; otros se obstinan en no comer, en no andar, ó en permanecer en cama; otros se entregan con furor al onanismo, etc. La cara de estos enfermos retrata el estado de su mente: pesada, poco movible, avegentada y sin expresion ni aliño; en algunos revela una nu- tricion floreciente, que corresponde á un apetito voraz y á un perfecto estado de salud física.

Hé aquí un ejemplo de esta variedad de demencia.

A. P., natural de Barcelona, veintisiete años, linfático-ner- vioso, constitucion delicada, con antecedentes frenopáticos en su

e, casado y empleado en el comercio. A los cuatro años de d, quedó huérfano de madre. Viendo los parientes de esta adre del enfermo, hombre apático y descuidado, derro- el patrimonio, y considerando que á este paso A..... iba á edar sin bienes de fortuna, trataron de hacerle emprender una carrera. Un tio que tenia en Andalucía, le dedicó al comercio. Algunos años despues volvió á Barcelona, y segun lo habian previsto sus parientes, encontró que su padre habia consumido todo el patrimonio. Pidió A..... á su padre algunas prendas que aun poseia de su madre; mas, habiéndole aquel contestado que todo se lo habia vendido, exasperóse contra él, y nunca mas quiso llamarle padre. Por entonces A..... se enamoró de una prima suya, que al salir de Andalucía era aun muy niña. Con esta pasion naciente, vuelve á Granada, en donde pasa algunos años; pero la ausencia, en vez de extinguir, acrecienta el amor. Regresa á Barcelona, pide la mano de su prima, opónese la familia, pero A... . insiste con tal empeño, que se hace preciso acceder, y casa en 1862. A pesar de su fogosa pasion, es casi impotente junto á su esposa. Poco tiempo despues, le aquejan ciertos dolores, que fueron calificados de reumáticos, á pesar del precedente de una luz sifilítica; pero estos dolores ceden á una medicacion bien dirigida. Dos años despues de su matrimonio, aparece la enajenacion mental, con violento delirio y agitacion. Es conducido á *Nueva-Belen* al décimoquinto mes de enfermedad. En medio de la incoherencia de sus ideas, domina la de que es duque. Su cabeza es pequeña, su fisonomía escuálida y alelada, sus ojos se agitan vagamente y brillan con cierta expresion agresiva, que no corresponde al estado moral del enfermo; habla en voz muy alta y atiplada, gesticula con la cabeza y con los brazos, pero su mímica no es adecuada á lo que dice. Anda tambaleándose y afectando un marcado *pleurostótonos* derecho. Cae al menor tropiezo, y frecuentemente sufre ataques epileptiformes—que no habia experimentado antes de estar alienado.—No hay la menor hilacion en sus ideas, y aun cuando al parecer atiende á lo que se le dice, no recuerda el nombre de muchas cosas. Su incoherente conversacion es frecuentemente salpicada de las palabras: «*India, hierro vírgen, caballo árabe, sans façon, non capisco, por debajo,*» etc., y de un chasquido palatino seco, como si el enfermo rompiese una avellana con los dientes.—«¿Cuántos dedos hay aquí?»—le digimos enseñándole cuatro.—«V. oculta uno.»—Y levantando todos los de la mano—«¿Cuántos hay ahora?»—«De estos tambien tengo yo igual número en los piés.»—«¿Cuál es la mano

derecha?»—«Esta,» mostrándonos la suya.—«¿Dónde nació V.?»—«En una roca; pasó el *caballo árabe*, le quité las herraduras de *hierro vírgen*, me puse unas botas de charol, y pasé *por debajo* de Gerona, por un puente de roca.»—«¿Qué edad tiene V.?»—«Veintisiete años»—tenia treinta y siete.—«¿Cuántos años que casó V.?»—«Muchos siglos.»—«¿Dónde casó V.?»—«Debajo muralla, con el *caballo árabe*.»—«¿En qué muralla, la de mar ó la de tierra?»—«En las dos.»—«¿En qué templo le casaron?»—«En Santa María.»—«¿Del mar?»—«Del mar y de la tierra.»—«¿Qué habia allí?»—«Estudiantes que cantaban; estaban las hermanas, y cuando salieron, habia un puente que iba á la muralla; este se deshizo, y habian conducido el casino *debajo* de Gerona, y yo dije: *todo es ronda*.»—«¿Qué hicieron despues del casamiento?»—«Primero hicieron que todos los veleros y todos se fuesen allí; uno que se llamaba Ventura y los demás se llamaban Condes.»—«¿Fueron ustedes al café?»—«Vino un general y les hizo ir en una cosa de *sans façon*; yo hice una cosa de *debajo*, é hice que todos se quitasen aquello—señalando la cabeza,—porque tanto da un sombrero de copa como un morrion. Fuimos á Gracia *por debajo*.»—«¿Y despues?»—«Era un dia que querian hacer una procesion en el Pino. En el Pino tenian quinientas cosas, y Cuto hizo muchos coches de *hierro vírgen* metalizados, y puso camas de caoba, que estaban metalizadas de *hierro vírgen*, que se hacia debajo de Monjuich, con carbon que venia de la *India*.»

Demencia apática.—Los raros destellos de inteligencia que en la demencia agitada constituian el delirio y recordaban la excesiva, aunque desordenada actividad mental de la locura precedente, faltan por completo en la demencia apática. La memoria llega á tal grado de decadencia, que las impresiones no se conservan ni un instante; se le dice una cosa al enfermo, y un momento despues ya no se acuerda de ello; algunos conservan memoria de las impresiones anteriores á la invasion de la enfermedad; pero muchos han perdido el recuerdo, así de lo próximo como de lo remoto. Algunos aciertan á pronunciar alguna que otra palabra inconexa, que no representa la idea á qué la aplican; otros tienen un limitado repertorio de palabras ó frases, que las pronuncian de contínuo y para todas las cosas; la imaginacion es nula; la voluntad pasiva; el enfermo no se mueve sino obedeciendo á impulsos extraños; muchos son incapaces para satisfacer las necesidades mas elementales de la vida; necesitan que se les vista, que se les dé de comer, que se les conduzca al excusado y que se les vigile incesantemente para que no se lastimen.

Su hábito exterior es invariable, tímido, inmóvil y silencioso; su fisonomía, fija y sin accidentes, remeda á veces la atencion ó el espanto, pero no hay tales movimientos en el espíritu. Algunos se manifiestan complacidos por ciertas cosas; otros cobran instintivo apego á determinadas personas, y otros, en fin, ejecutan actos que parecen indicar cierta travesura infantil. De cuando en cuando parece que la vida reacciona en estos cerebros agónicos, y entonces el enfermo se interesa algo mas en las cosas que le rodean; agradece el buen trato y deja traslucir alguna reminiscencia de sus anteriores ideas. Por lo comun, á este decaimiento intelectual y afectivo se agrega la parálisis progresiva de la sensibilidad y de los movimientos; lo que hace que estos alienados puedan recibir profundas heridas ó extensas quemaduras sin apercibirse de ellas. La nutricion, y aun el sueño, se pueden conservar largo tiempo en estado fisiológico.

La demencia apática es incurable, y conduce fatalmente á la muerte, ya por un ataque apoplético, ya por diversos accidentes, tales como retencion de orina ó de materias fecales, ya por quemaduras, caidas, etc.; razon por la cual estos enfermos exigen los mas asíduos cuidados.

Esta variedad de la demencia puede ser resultado ó terminacion de una alienacion mental de forma maniaca ó melancólica, ó aparecer de un modo primitivo. En este último caso, bastante raro, el decaimiento de las facultades intelectuales se establece lentamente, y suele reconocer su orígen en una degeneracion de las arterias cerebrales.

Al lado de estas formas de demencia, únicas que describe Griesinger, conviene hacer mencion de la *demencia senil*, llamada así, porque no reconoce otra causa que el desgaste natural de los elementos anatómicos, consecuente á los progresos de la edad. Por lo comun, la demencia senil va precedida de un período de excitacion maniaca, caracterizada por una grande impresionabilidad, y por la reviviscencia de los deseos eróticos, que desde largo tiempo se habian extinguido. Despues, al declararse la demencia, la sensibilidad se apaga, la memoria se pierde, la atencion no tiene fuerza ni fijeza, la voluntad vacila y los movimientos son muy tardíos. Por lo comun, el tránsito de la excitacion á la demencia es brusco é inesperado. Marcé se opone á que de la demencia senil se haga una entidad nosológica particular, pues la considera efecto de una parálisis general, poco perceptible por lo incompleto de sus síntomas.

Por último, entre los dementes deben incluirse la mayor parte

de los alienados á quienes el vulgo da el nombre de *sucios*, y para los que el Dr. Pí reserva el mas culto y científico de *clinequesas*: en estos, la demencia se complica con parálisis ó convulsiones; son los que se ensucian en la habitacion ó en la cama, que destrozan los vestidos, y que, como engullen sin mascar, frecuentemente se atragantan, con peligro de asfixia.

La siguiente observacion dará á conocer prácticamente la demencia apática.

F. E., cuarenta y nueve años, sanguíneo, de constitucion robusta, comerciante, soltero, de buena posicion. Aunque nacido en Cambrils—Tarragona—vivió desde su infancia en San Feliu de Guixols. Su padre fué comerciante en cereales y su hermano mayor—hoy dia demente—patron de un bergantin dedicado al cabotaje. Despues de haber recibido una esmerada instruccion y de haber aprendido el oficio de carpintero, fué á la Habana para probar fortuna. Allá entró de mozo en una tienda de comestibles; pero, á los pocos años, en compañía de un amigo, puso un comercio, del que reportó considerables beneficios. Supónese que se dedicó á la trata. En América, abusó de los goces sexuales, sin adquirir ninguna enfermedad sifilítica. El enfermo recuerda bastante bien su historia hasta la edad de treinta y ocho años, época en que regresó de la Habana. Dice, empero, que no estuvo sino tres meses en América.—Tampoco recuerda el nombre de la calle en donde vivia, aunque sí, que esta era larga y espaciosa. Sabe el nombre de sus padres; tiene memoria de que vino en una fragata, aunque no se acuerda del nombre de esta. Ha olvidado asímismo el nombre de su consocio, pero tiene presentes sus facciones y estatura.—A la vuelta de América, vivió algun tiempo con su familia, pero no sabe decir lo que luego hizo. En una palabra, su memoria es bastante fiel en lo relativo á hechos, personas y lugares que le impresionaron antes de llegar á la edad de cuarenta años; desde esta fecha, esto es, de ocho años acá, no se acuerda de nada. Sábese, sin embargo, que vivió en concubinaje con una señora, casada ó viuda; que tuvo alguna aficion á la bebida y que se dedicó á los azares de la bolsa, en donde experimentó algunos quebrantos. Desde estos reveses de fortuna, empezó á ponerse triste y taciturno y, en tal estado, su familia le condujo á *Nueva-Belen*. En el manicomio, se le ha ido observando una degradacion succesiva de sus facultades perceptivas é intelectuales, sin desvanecerse por completo la tristeza, se le ha visto constantemente alelado é indiferente á todas las impresiones.

A la hora de escribir esta observacion, llega á tal punto su amnesia, que, al preguntarle cuánto le habia costado esta casa—que cree le pertenece—ha contestado: «Yo nunca estuve aquí; esta no es mi casa; mi casa es mucho mayor que esta habitacion.»—Estábamos en el gabinete del Médico-Director.—«Pero—le hemos dicho—esto es un cuarto de la casa de V., salga V. conmigo al parque. ¿No conoce V. estos jardines, esta escalera, este perro?»—«Nada, nada de esto conozco; nunca lo he visto, ni he estado en esta casa.»—«Suba V. la escalera; vamos al salon. ¿No conoce V. este salon?»—«No señor; nunca he visto semejante sitio; ¿en dónde estamos?»—«Entremos en este gabinete—que era el suyo—¿no conoce V. este cuarto?»—«Tampoco»—Diríjese á la alcoba, mira debajo de la cama, y al encontrar unas babuchas que suele ponerse, dice:—«¡Ah! ahora conozco que estas babuchas son mias, y este cuarto debe ser el mio.» En este cajon debe haber un..... un..... un.....—«Un peine» dijimos nosotros, al punto en que sacaba del cajon una lendrera.—Su fisionomía es demasiado tranquila; los párpados tumefactos y caidos; los ojos se agitan indecisos y vacilantes; hay arborizaciones conjuntivales; ladea algun tanto la cabeza; los músculos faciales inmóviles á toda impresion moral y los labios constantemente cerrados. Tiémblanle las manos; vacila algun tanto al andar; pronuncia con cierta dificultad y á menudo hace una inspiracion brusca y corta, abriendo ámpliamente la boca.

Le hemos hablado infinidad de veces y no nos conoce ni se acuerda de nuestro nombre, ni del de su camarero, ni aun del del perro, con quien se entretiene largos ratos.—Este enfermo murió de apoplegía fulminante.

Anatomía y fisiología patológicas.—Si faltasen pruebas anatómicas de que las anomalías frénicas dependen de las alteraciones del cerebro, las lesiones de la demencia nos proveerian de abundantes datos en pro de esta opinion, hoy dia profesada por los fisiólogos en general y por la mayor parte de los alienistas. La constancia y naturaleza de estas lesiones no permite duda respecto á este punto.

La alteracion mas patente es la atrofia de las circunvoluciones. Estas se presentan aplastadas, disminuidas de volúmen, deformadas, tan angostas en su base, que parecen pediculadas, pálidas y mas densas que de ordinario; á primera vista se adivina que se han hallado privadas de suficiente riego sanguíneo. A consecuencia de esta disposicion, las anfractuosidades son menos profundas y mas anchas, y los espacios sub-aragnóideos apare-

cen repletos de humor seroso amarillento. Lo propio acontece en los ventrículos, cuya capacidad, agrandada de resultas de la atrofia de las masas nerviosas que forman las paredes, está henchida de líquido aragnóideo. En tanto se observan todos estos cambios en la sustancia gris de las circunvoluciones, esto es, en los elementos orgánicos de la inteligencia, cambios que histológicamente consisten en una verdadera necrobiosis—la degeneracion grasienta—la sustancia blanca participa apenas de tales lesiones. Anulados para toda funcion los elementos materiales de la inteligencia, las funciones intelectivas no tienen razon de ser; mas, como el proceso regresivo de los elementos nerviosos del cerebro es lento y gradual, el decaimiento de la inteligencia es asímismo lento y progresivo. La memoria es la primera facultad dañada, á causa de que, como van desapareciendo las células, las ideas depositadas en ellas se desvanecen tambien. Si hay dementes que se acuerdan de lo remoto y no de las cosas recientes, es á causa de que las impresiones de otro tiempo fueron recibidas por células sanas, mientras que las actuales son percibidas por células que están en la agonía. Si mas tarde, en estos sugetos, se extinguen los recuerdos remotos, es porque el proceso degenerativo cunde á todos los ámbitos de la sustancia gris. Si el demente no tiene atencion, es porque las células nerviosas ya no se conmueven por los estímulos de la sensibilidad. Si el juicio y el raciocinio son tan débiles é inciertos, es á causa de que, aun cuando resten íntegras las fibras de sustancia blanca, que establecen las relaciones entre las células de las ideas, como estas no existen, mal se pueden enlazar. Si están pervertidos ó anulados los sentimientos, es porque las células afectivas, difundidas entre las intelectuales, sufren las mismas lesiones de nutricion que estas últimas. Si la voluntad es débil ó casi nula, es porque las células de la capa profunda de la sustancia gris de las circunvoluciones cerebrales no reciben excitaciones de los de la zona superficial, afectas á la inteligencia y á la afectividad. Si la mímica y los movimientos, en general, no concuerdan con los sentimientos y las ideas, es á causa de que estos obedecen á estímulos reflejos y no á determinaciones voluntarias. No importa que estén expeditos los aparatos sensoriales, pues como las células intelectuales están enfermas, no se forman conceptos: no hay mas que sensaciones groseras, que no se elevan á la categoría de ideas. Si en la locura sistematizada y en la manía agitada hay delirio que tiende á la fijeza, es en razon á que quedan algunas regiones de la sustancia gris en es-

tado de integridad y estas son las únicas que reciben influencia vivificante de toda la sangre que llega al cerebro. Si son frecuentes las alucinaciones, es á causa de que, como los tálamos ópticos se mantienen íntegros, reciben toda la sangre que penetra por las arterias carótidas, pues las demás regiones del cerebro han pasado al estado cadavérico. Por último, si estos enfermos engordan notablemente, es porque la falta de actividad de la vida de relacion redunda en beneficio de la vida orgánica; muertos los sentimientos y las pasiones, estos enfermos sienten un apetito tan vivo, que raya en voracidad.

Diagnóstico.—Tan fácil es distinguir la demencia de cualquiera otra enfermedad mental, cuando aquella se halla completamente establecida, como difícil el diagnóstico entre dicha afeccion y la locura, cuando no hay mas que los primeros indicios de la decadencia de las facultades mentales; hay leves tintas que solo el ojo ejercitado le es dado percibir, y estas son la única guia en estos casos.

Puede tambien confundirse—y por mucho tiempo se ha caido en esta confusion—la demencia con el estupor melancólico. No obstante, observando atentamente al melancólico, no será difícil recoger alguna que otra expresion que permita descubrir que, tras el estupor, existe realmente una actividad cerebral bastante intensa. Sin embargo, si el estupor dura mucho tiempo, si pasa al estado crónico sin sensible mejoría, deberá temerse que la melancolía estúpida se haya trasformado en demencia. Lo propio cabe decir de los estados de estupor que frecuentemente aparecen en el decurso de la manía ó de la melancolía y que á veces duran mucho tiempo, simulando la demencia, sorprendiendo agradablemente con una convalecencia iniciada cuando menos se esperaba. En todos estos casos en que la obtusion de la mente ha aparecido, no de un modo lento y gradual, sino súbitamente, habrá motivo para creer en el estupor y no en la demencia.

Tampoco conviene confundir los dementes con los afectados de *hipocondría intelectual*, que dicen que han perdido la memoria, que no tienen fuerzas para pensar, que su imaginacion es pesada, etc. Además de que el demente no tiene conciencia del estado de sus facultades intelectuales, bastará una conversacion algo sostenida con el hipocondriaco para ver que el decaimiento mental que aqueja, es pura obra de la fantasía. Recuérdase el caso citado en la pág. 398; este hipocondriaco se halla hoy dia completamente curado.

Pronóstico.—A lo dicho sobre el pronóstico de las enfermedades mentales en general, hay que añadir:

1.° Que la demencia es enfermedad de marcha tan lenta, que muchas veces de año á año apenas se notan los progresos del mal;

2.° Que hay dementes que nunca llegan á los últimos grados de la decadencia de las facultades mentales;

3.° Que los paroxismos, así como las alternativas de agitacion y de estupor, no ejercen una influencia muy manifiesta en el progreso de esta enfermedad;

4.° Que aun cuando las emociones muy intensas hagan renacer algunos destellos de razon, hasta en los grados mas extremos de la demencia, estas mejorías son sumamente pasajeras y no deben inspirar confianza alguna;

5.° Que la demencia es de todo punto incurable: los esfuerzos del médico se dirigen á impedir que progrese, á mejorar la situacion de los enfermos y á prolongarles la existencia;

6.° Que apesar de su incurabilidad, la demencia no amenaza de un modo directo la vida del paciente, la que, á beneficio de un tratamiento bien dirigido, puede durar largos años;

Y 7.° Que la muerte de estos enfermos se debe á afecciones intercurrentes, como diarreas crónicas, tubérculos pulmonales, pneumonías y otras, que en estos individuos ofrecen la singularidad de desplegar síntomas muy poco intensos, ó á la apoplegía cerebral.

Tratamiento.—Segun acabamos de decir, es de todo punto inútil intentar una medicacion encaminada á la curacion radical de la demencia: solo podemos aspirar á contener sus progresos.

Para cumplir esta indicacion tenemos los siguientes recursos: 1.° Todos los medios de la Higiene susceptibles de proporcionar una buena restauracion y de sustraer al enfermo á las causas de debilidad. 2.° El ejercicio ordenado de las facultades mentales, al alcance de las fuerzas del individuo. 3.° Cuando mas ó menos inmediatamente amenace la parálisis, revulsivos enérgicos á la nuca, remedio que, empleado desde los primeros síntomas de la demencia, en ciertos casos, ha bastado á detenerla, y 4.° una asídua vigilancia para preservar á estos enfermos de los numerosos peligros de que, por su incapacidad, se hallan rodeados. Consideramos excusado entrar en mas pormenores, bastando lo expuesto en la *Terapéutica general de las enfermedades mentales*, capítulo XVIII, página 264.

CAPITULO XXIX.

GÉNERO SEGUNDO.—PARÁLISIS GENERAL DE LOS ALIENADOS.

Definicion.—La parálisis general es una enfermedad, hoy dia bien definida y clínicamente caracterizada por delirio, comunmente ambicioso, con trastornos de la motilidad, y que constantemente termina por demencia.

La determinacion de la naturaleza de esta enfermedad, la exacta descripcion de sus síntomas, el descubrimiento de su anatomía patológica, la interpretacion de su patogenia y la apreciacion del valor clínico de los fenómenos que la caracterizan, forma en nuestros dias un conjunto de conocimientos teórico-prácticos que enaltecen grandemente el espíritu de investigacion de la medicina contemporánea. Aun no hace cincuenta años que la parálisis general de los alienados no figuraba en las nosografías; si Haslana—Lóndres, 1798—dijo que la locura se complica frecuentemente con la parálisis; si Esquirol, en 1805 y 1814, consideró como incurables los estados mentales en que sobreviene esta complicacion; si Bayle, en 1822, indicó que, cuando la parálisis y los desórdenes mentales siguen una marcha paralela, existe una aragnoiditis crónica, y si el mismo autor, en 1821, hizo mérito de las conexiones del delirio de grandezas y la parálisis general, es innegable que, hasta tanto que Calmeil, en 1826, dió á luz su trabajo titulado *De la paralise considerée ches les aliénes*, la ciencia habia carecido de una descripcion clásica de esta enfermedad.

La descripcion de Calmeil es completa y va reforzada con la anatomía patológica de esta afeccion, añadiendo que, además de la inflamacion crónica de las meninges, señalada por Bayle, existen en esta enfermedad profundas alteraciones de la sustan-

cia cortical del cerebro que, aun cuando muy importantes, no explican suficientemente los síntomas. Parchappe, en 1838, completó la obra de Calmeil, demostrando la existencia de una locura acompañada de parálisis, la cual, si bien puede seguir una marcha aguda, por lo comun se presenta bajo la forma crónica, siendo su lesion patognomónica el reblandecimiento de la capa cortical del cerebro. Posteriormente, la ciencia se ha enriquecido con los trabajos de Baillarger, Requin y Luisier, que tienden á probar que, precediendo en esta enfermedad los síntomas paralíticos á los frenopáticos, no es lógico comprenderla entre las mentales, sino que debe considerarse como una lesion especial é independiente, que puede complicarse con trastornos psicológicos, pero que puede existir sin estos. Hoy dia, empero, los estudios de Falret, Moreau—de Tours—Brierre de Boismont y aun otros mas recientes del mismo Calmeil, dejan fuera de duda la naturaleza frenopática de esta enfermedad y le aseguran definitivamente un lugar al lado de la demencia. Dignos son tambien de tomarse en cuenta los curiosos trabajos de Bonnet y Poincaré, que expondremos mas adelante, de los cuales se desprende, que la lesion primordial en la locura paralítica, no reside en los centros nerviosos, sino en los gánglios cervicales del gran simpático, y que no es una enfermedad circunscrita al cerebro, sino difundida á la totalidad de los centros nerviosos.

Etiología.—La *herencia* frenopática ó neuropática, segun Calmeil, se encuentra como causa predisponente, á lo menos en una tercera parte de los afectados de locura paralítica. El doctor Marcé cree que esta proporcion debe evaluarse en una mitad.

En punto al *sexo*, segun Parchappe, entre 86 afectados de parálisis general, habia 70 hombres y 16 mujeres; Calmeil, en 82 casos, encontró 73 hombres y 9 mujeres; de donde resultaria que el sexo masculino seria seis veces mas propenso á padecer esta enfermedad que el femenino. ¿Depende esta notable desproporcion de la diferente intensidad del trabajo mental en los dos sexos? Esto es lo probable, pues la mayor parte de las mujeres que figuran en estas estadísticas eran prostitutas. Por esta razon, la locura paralítica es mucho mas comun en el bello sexo de los asilos públicos, que en el de los privados, en donde la proporcion no alcanza á 1/12.

Respecto á la *edad*, resulta de las colecciones estadísticas de Calmeil y Parchappe, que esta enfermedad no se ha observado antes de los veintidos años; que es muy rara de veintitres á veintiseis; que su frecuencia máxima corresponde al período

comprendido entre treinta y cinco y cuarenta y cinco años, y que en la vejez se halla reemplazada por la demencia senil.

Se ha dicho que los *climas* meridionales predisponen á la locura paralítica; el doctor Marcé atribuye esta asercion á que hoy dia aun son muchos los médicos que no conocen esta enfermedad.

Las *profesiones* intelectuales constituyen, aparentemente, una de las causas abonadas para determinar el desarrollo de la parálisis general. Al calcular la frecuencia relativa de esta enfermedad en las diferentes profesiones, se ha tenido en cuenta que las intelectuales son en los asilos doblemente numerosas que las mecánicas, y sin embargo, entre 100 paralíticos, hay 38 correspondientes á la primera categoría de profesiones. Conviene, empero, distinguir, para no atribuirlo á la profesion, la influencia, sin duda muy abonada para el caso, de las causas morales y afectivas, los pesares, la envidia, el orgullo, la ambicion, etc., que son mucho mas sentidas por los hombres de bufete que por los artesanos.

Entre las causas ocasionales del órden *físico*, hay que enumerar las profesiones que obligan á vivir en lugares angostos y mal ventilados; las industrias termotécnicas que, enrareciendo la sangre, congestionan la cabeza; las que requieren grandes esfuerzos, cuya continuacion determina hipertrofias ó hiperkinesias cardiacas, que á su vez preparan la congestion cerebral, etc. Fácil es comprender que en sentido análogo actúan ciertos estados morbosos, tales como la erisipela de la cara y del dérmis cabelludo, y la apoplegía cerebral, en que, el reblandecimiento se propaga á diversas regiones de la sustancia gris de las circunvoluciones.

Nada tenemos que añadir á lo expuesto en los capítulos antecedentes respecto á alcoholismo, á la intoxicacion saturnina y á la pelagra considerados desde el punto de vista de la etiología de la enfermedad de que tratamos.

Sintomatología.—Siguiendo las ideas del Dr. Marcé, cuyo recomendable *Tratado práctico de las enfermedades mentales* contiene un extenso y luminoso capítulo dedicado á la parálisis general, distinguiremos en esta enfermedad: un período *prodrómico*, otro *inicial*, otro *intermedio* y otro *terminal*.

El período *prodrómico* se distingue por cambios notables en el carácter del individuo. Sin poder apear la causa, se nota que un sugeto, antes complaciente, se vuelve áspero é intolerante, ó bien que el de genio activo, se torna apático y olvidadizo. To-

dos estos enfermos, en general, se sienten pesados, ineptos para el trabajo; obran sin prevision, derrochan su caudal y cometen mil inconveniencias, que no pueden menos que llamar la atencion de las personas que les tratan, pero que raras veces se achacan á un estado patológico.

Falret y Linas describen cuatro variedades en la locura paralítica, cuyos fenómenos característicos se manifiestan desde el período *inicial*. De estas variedades hay dos, la *expansiva* y la *melancólica*, en que predominan los síntomas intelectuales, y otras dos, la *paraplégica* y la *congestiva*, en que preponderan los síntomas somáticos.

En la variedad *expansiva*, que es la mas frecuente, se observa que el enfermo, ya irritable y violento desde el período prodrómico, presenta una actividad insólita en todas sus funciones: de parte de las facultades intelectuales, se nota cierta dificultad para concebir y formar juicios; hay inquietud y pujo incesante de moverse, de andar, de correr ó de agitar las manos; algunos sienten imperiosas excitaciones genitales, que les conducen á cometer obscenidades, aun en público; en otros se observa dipsomanía insaciable, que contribuye á agravar la enfermedad. Los patológicos impulsos al movimiento, hacen que el enfermo huya de su casa, corra por los campos, concurra á los cafés ó á las tabernas, se desnude públicamente, se acueste por las calles, haga compras ruinosas ó de objetos inútiles, malgaste cuanto dinero lleva, contraiga compromisos que no puede cumplir, emprenda negocios de gran monta y nada meditados y que se muestre expléndido con todo el mundo. En tal estado, se declara el verdadero delirio de grandezas: el enfermo cuenta siempre por *miles de millones*; sus riquezas son inagotables; es dueño de grandes y numerosas fincas y su trabajo es pagado á precio fabuloso. «Aquí—nos decia hace un momento uno de estos enfermos, de oficio cerrajero—aquí en este patio, á la sombra de estos árboles, con aquella chimenea—señalando un tubo de la estufa que sale del refectorio de *Nueva-Belen*—estableceremos una gran fundicion de toda clase de metales, que saldrán de las ricas tierras de esta casa, obtendremos mas de un millon de quintales cada dia y ganaremos cada uno mil duros de jornal.... ¿Verdad que esto hace abrir el ojo?»—Al propio tiempo que ven crecer su riqueza, estos enfermos se encantan del incremento de su mérito y de su gloria: unos son presidentes, reyes ó emperadores; otros generales y guerreros de ilustre nombre; otros la dan por dignidades sagradas y se consideran obispos, cardenales ó papas;

otros están engreidos de su talento y se atribuyen nombres de alguno de los sabios mas afamados; otros poseen virtudes y secretos sobrenaturales, por los cuales, no solo les es dado curar todos los males, si que tambien resucitar muertos; otros, en fin, son el mismo Dios, prenden fuego al universo, hacen otro nuevo y asignan á todos los hombres una renta de medio millon de reales. Todos estos enfermos, cual otros Narciso, viven enamorados de sí mismos: están prendados de su ingenio, de la rara penetracion de su espíritu, de la lozanía de su salud, y de la belleza y robustez de su cuerpo; muchos de ellos pasan largas horas al espejo, acicalándose y adornándose con cintas, corbatas y alfileres; pretenden que cuantos útiles poseen son únicos en su género y de extraordinario valor. Tal es la forma del delirio de estos enfermos, que, en realidad, viven felices y satisfechos con las grandezas que crea su fantasía. ¿Podria confundirse este estado ideofrénico con el delirio de los monomaniacos? La fijeza de este último, la variabilidad de aquel, la defensa razonada que el monomaniaco hace de sus ideas, y la facilidad con que las abandona y las trueca por otras de la misma índole el paralítico, son caractéres diferenciales que no permiten esta confusion.

Estas anomalías frénicas coinciden con alteraciones de la motilidad; entre las que la mas característica consiste en la dificultad de la elocucion ó *dislalia*. En el momento en que el enfermo va á pronunciar una palabra, agita temblorosamente la mandíbula inferior y se observa un movimiento vibratorio vermicular de los labios y de otros músculos de la cara, de lo cual resulta una tartamudez especial y característica. Haciendo que el enfermo abra la boca, saque la lengua, se ve bien el temblor de este órgano, así como de los labios y músculos faciales. La tartamudez, que suele ser poco perceptible al principio de la conversacion, sube de punto á medida que el enfermo continúa hablando y á proporcion que le dominan algunas emociones. El incremento de este síntoma es tambien visible despues de las comidas y, en las mujeres, durante los períodos menstruales.

Otro síntoma de la motilidad, que no es exclusivo de la parálisis general, pues se ve tambien en algunos casos de manía aguda, es la desigual dilatacion de las pupilas. Esta desigualdad depende de que una de estas está en condiciones normales—no contraida—mientras que la otra está positivamente dilatada, ó bien de que una de las dos está contraida y la otra en dilatacion normal. No está suficientemente demostrado lo que dice el doctor Austin respecto de que la dilatacion de la pupila derecha

corresponda al delirio melancólico, la de la izquierda al delirio ambicioso y la de ambos al delirio mixto. Segun el Dr. Marcé, en los dos tercios de estos enfermos, se observa, además de una exagerada convexidad de los ojos, con tinte azulado de la esclerótica y una desviacion de las cejas, que hace que la cabeza de estas se eleve hácia la frente y se aproxime al plano medio, tendiendo á desaparecer el entrecejo. No es raro tampoco que á estos síntomas del aparato de la vision se agregue notable debilidad en esta funcion, que puede llegar á la ceguera.

Si bien se observa, en la manía paralítica, los trastornos de la motilidad consisten, mas bien en un defecto de coordinacion de los movimientos, que en la falta de fuerzas musculares. En efecto, si mientras el enfermo está acostado, se le hacen practicar contracciones con los miembros, se reconoce que conserva en estos todo el vigor de antes; pero si se le observa cuando anda, se echa de ver que tambalea, que marcha con las piernas muy separadas y que, si, cuando corre, pretende cambiar de direccion, vacila y le cuesta no poco trabajo volverse. Se ha dicho que estas lesiones del movimiento aparecen antes en los miembros torácicos que en los pelvianos; esto no es exacto: la alteracion se inicia simultáneamente en las cuatro extremidades, y así, al propio tiempo que se observan las mentadas perturbaciones de la progresion, se nota que la escritura es imperfecta y que los trabajos manuales acusan falta de pulso ó tino.

Las anomalías de la sensibilidad, que son mucho menos considerables y constantes que las del movimiento, se reducen á la progresiva debilidad de la vision, de que ya hemos hecho mérito, y á una anestesia general, casi completa, que frecuentemente precede á los desórdenes de la motilidad, pero que se desvanecen apenas estos se han iniciado.

En la variedad *melancólica*, las ideas de grandeza, de alegría y felicidad, que hemos encontrado en la forma precedente, se hallan reemplazadas por sentimientos de tristeza, de terror, de pesar ó de remordimiento: el enfermo cree que le persiguen; que está condenado; que ha cometido pecados imperdonables; que ha perdido su fortuna; que le amenaza el cadalso; que han muerto sus hijos, sus padres ó su esposa, etc. Otros son víctimas de un delirio hipocondriaco; créense envenenados; dicen que no pueden deglutir, ni defecar, ni orinar; que tienen descompuestas las entrañas y que su destino es morir en medio de los dolores mas acerbos. No es raro que esta tristomanía les induzca al suicidio. Tambien es frecuente que de cuando en cuando se des-

vanezcan momentáneamente las ideas y sentimientos melancólicos, para dar cabida al delirio ambicioso. De todos modos, el delirio melancólico ó hipocondriaco que, en algunos casos se desvanece despues del período inicial de la enfermedad, en otros no cesa de observarse en todo el curso de la misma y es tan intenso, que puede ofuscar todos los otros síntomas. Sin embargo, para no confundir estos estados mentales con la melancolía verdadera, bastará tener presente que en aquella, en mas ó en menos, no falta dificultad de la pronunciacion, ni desigualdad de las pupilas, ni desórdenes de los movimientos de los miembros torácicos y abdominales, ni debilidad de la memoria.

La variedad ó forma *paralítica*, á la que algunos han dado, aunque impropiamente, el nombre de *parálisis general sin alienacion mental*, se caracteriza por el marcado predominio de las alteraciones del movimiento y por la falta de delirio, á lo menos al principio de la enfermedad. El enfermo anda con suma dificultad, á cada paso necesita apoyarse, apenas puede subir una escalera ó una cuesta; sus manos son tan inseguras que no puede escribir, ni dibujar, ni tocar el piano, viéndose obligado á renunciar á su profesion, si esta era manual. Al principio no hay delirio; pero no falta decaimiento de las facultades mentales, por mas que este no sea apreciable sino por el que vive en íntimo trato con el enfermo; les es infiel la memoria; se enfurecen frecuentemente; se entregan á actos caprichosos; su voluntad es tan débil, que siempre siguen el consejo del último que les habla, y muchos son juguete de mas de una explotacion indigna. A pesar de todo, estos sugetos alternan en la vida social, hasta que llega el dia en que súbitamente se declara en ellos el delirio de grandezas, propio de la parálisis general, el cual á veces llega rápidamente á tal extremo, que se hace urgente la reclusion en un asilo. En algunos de estos enfermos, el delirio crece con lentitud y pasan insensiblemente á la demencia.

En la forma *congestiva*, la enfermedad principia por una congestion cerebral, que, aparentemente, en nada difiere de otras congestiones del mismo órgano y que puede afectar las formas convulsivas, paraplégica ó comatosa. Al poco tiempo se desvanecen los síntomas apoplectiformes y asoma el delirio ambicioso, con torpeza de la locucion, debilidad de la memoria y obtusion de las facultados intelectuales. Por lo comun, todos estos síntomas no tardan en desaparecer, pero sobreviene otra congestion y reaparecen con mayor gravedad. Así se van repi-

tiendo los ataques congestivos y las agravaciones, hasta llegar al segundo período de la locura paralítica. En esta forma, la cara ofrece una turgescencia venosa pasiva, con inyeccion arborizada de los capilares de los pómulos y de la nariz, que da al enfermo un aspecto característico.

La congestion cerebral puede sobrevenir, á título de complicacion, en cualquiera de las formas y períodos de la parálisis general, aumentando la gravedad de esta afeccion y preparando al cerebro para nuevos y cada vez mas peligrosos aflujos de sangre. Marcé distingue seis variedades, resultantes de los diversos síntomas que acompañan á esta complicacion: 1.° La de *ligera excitacion*, en que el enfermo no pierde el conocimiento, ni cae, pero presenta un tanto inyectadas las conjuntivas, rubicundo el semblante, movido el pulso, algo acalorada la imaginacion, mayor viveza de movimientos y mas torpe el habla; un purgante ó una ligera evacuacion sanguínea suelen bastar para que se disipe este estado. 2.° La forma *maniaca*, en que la excitacion se acentúa del lado de las facultades intelectuales, de donde el delirio, la agitacion y la incoherencia de ideas, asociados á los síntomas de turgescencia vascular, que hemos visto en la variedad anterior. 3.° La forma *comatosa*, notable por la somnolencia, seguida de un sueño tan profundo, que el enfermo no responde á ningun estímulo externo y tiene los músculos en completa relajacion. A pesar de las apariencias alarmantes, este estado suele ceder á un tratamiento conveniente. 4.° La forma *hemiplégica*, que puede aparecer súbitamente, quedando paralizada una extension mayor ó menor del cuerpo; lo regular es que el enfermo recobre gradualmente los movimientos, guardando, empero, vestigios de la parálisis. 5.° La forma *apopléctica*, que es la mas grave, es notable por lo brusco de la invasion; el enfermo cae sin movimiento ni sensibilidad y presenta convulsiones generales ó limitadas á ciertos grupos musculares; este estado se desvanece despues de un período de coma bastante prolongado y los ataques se van repitiendo bajo la forma apoplléctica, ó adquiriendo mas tarde los caractéres de los accesos epilépticos, convulsivos ó simplemente vertiginosos. 6.° La forma *irregular* ó *mixta*, en que al mismo tiempo se ven convulsiones, estado comatoso, parálisis parciales y excitacion maniaca.

Puede referirse al estado congestivo un síntoma muy curioso, que, si bien no es exclusivo de la parálisis general, pues se observa asímismo en la demencia, en la manía aguda, en la me-

lancolía y en el éxtasis (1) indica siempre la incurabilidad: este síntoma es el *otemátoma* ó tumor sanguíneo de la oreja. Frecuentemente, como acontece en un caso de éxtasis con demencia que hoy dia observamos en *Nueva-Belen*, se presenta en ambas orejas. Estos tumores, cuya patogenia examinaremos luego, consisten en una coleccion de sangre comprendida entre el fibro-cartílago de la oreja y el pericondro. Su presencia borra los contornos del pabellon y la cavidad de la concha, y la piel levantada tiene un color amoratado, despues se reabsorbe la sangre y el fibro-cartílago se deforma y atrofia.

El segundo período ó *intermedio* de la parálisis general, llega insensiblemente por el gradual aumento de los síntomas de demencia y de parálisis que se presentan en el período inicial y por la disminucion del delirio ambicioso que preponderaba en este. Hay una grande agitacion, pero automática y sin objeto: el enfermo va y viene, marcha en todas direcciones, tira de sus vestidos, se desnuda, se vuelve á vestir, se echa en cualquier parte, muda de sitio los muebles, corre de uno á otro lugar, llena sus bolsillos de objetos frívolos, revuelve sin escrúpulo la basura ó se ensucia las manos con sus propios excrementos, etc. Al mismo tiempo, la memoria se halla tan arruinada, que el paciente ya no sabe apreciar la relacion del tiempo, ni conoce á las personas, ni se acuerda de sus nombres, ni de los lugares, ni de los hechos, ni de nada. Todo es decaimiento en su cerebro; solo de cuando en cuando asoma alguno que otro vestigio del delirio de grandezas, que ya no se traduce por conceptos enteros y bien expresados, sino por palabras sueltas, de *millones*, *diamantes* y otras que significan opulencia y riqueza. Entretanto progresa la *dislalia*, apenas sabe articular algunas sílabas y la mandíbula se agita convulsivamente y á veces de un modo estridente y rítmico, que llega á causar desgaste en la dentadura. Igual progresion manifiesta la parálisis de los miembros: el enfermo apenas puede andar algunos pasos: cáese al menor obstáculo; han de aguantarle para subir una escalera; no acierta á vestirse, ni á desnudarse, y con gran pena se lleva los alimentos á la boca. No faltan, sin embargo, fuerzas musculares; en los momentos de agitacion, manifiéstanse contracciones mucho mas vigorosas de lo que pudiera esperarse de una persona que apenas puede tener-

(1) En el curso próximo pasado, en la Clínica quirúrgica, observamos una otemátoma en la oreja derecha, en una mujer que, á consecuencia de una caida, presentaba un tumor sanguíneo en la region parietal derecha. Cuando este estaba en vias de curacion, y quince dias despues del accidente, se presentó el otemátoma, que terminó por resolucion.

se en pié y hasta se ven contracturas permanentes de alguno ó algunos músculos. Es que, segun hemos dicho, en esta enfermedad, mas bien que parálisis, hay defecto de coordinacion de los movimientos.

La digestion, que en la forma melancólica, durante el primer período, era lenta y perezosa, en este segundo estadio se vuelve activa y exigente; el enfermo come con hambre voraz, toma los alimentos con los dedos y los engulle sin ensalivar ni masticarlos. Si no hay agitacion, el paciente engorda; parece que gana mucho; pero todo esto da mas pábulo á las congestiones cerebrales. Es frecuente que, extendiéndose la parálisis á la vejiga y al recto, sobrevenga tenaz retencion de excrementos y de orina, seguida de diarrea y de incontinencia.

En el período *terminal*, que puede considerarse iniciado desde el momento en que se declara la parálisis del tubo digestivo, continúan las diarreas y las deyecciones involuntarias, y el enfermo se vuelve *clinequesa*. Llega á tal punto la parálisis de la lengua, que el paciente ya no pronuncia sino sílabas ininteligibles, y aun, en ciertos casos, no le queda sino el lenguaje mímico; la progresion es casi imposible; al andar se ladea á derecha ó á izquierda, ó se encorva hácia adelante; tiémblanle las piernas; ya no puede estar en pié, y se ve precisado á pasar el tiempo sentado ó en la cama. En esta situacion, es frecuente observar un gran decaimiento de fuerzas; el enfermo enflaquece rápidamente, y se forman escaras en el sacro y en los trocánteres. En un caso hemos visto un vastísimo absceso gangrenoso en la ingle, que puso al paciente al borde del sepulcro. Si una medicacion atinada no consigue levantar el organismo, sobreviene la muerte.

Anatomía y fisiología patológicas.—Enumerándolas por órden topográfico, las lesiones anatómicas de la parálisis general, unánimemente admitidas, son: 1.°, congestion muy subida del dermis cabelludo, que frecuentemente va acompañada de hematomas epicraneales y otemátomas; 2.°, fuerte inyeccion y opacidad de la pia-madre; 3.°, adherencia de esta membrana á la capa cortical del cerebro; 4.°, disminucion de la consistencia de la sustancia cerebral; 5.°, modificaciones del color de la sustancia gris, el cual al principio es vinoso, efecto de la hiperemia, y despues amarillento, propio de la degeneracion grasienta; 6.°, trasformacion de las granulaciones normales de las células en granulaciones de grasa; 7.°, aumento de espesor de las túnicas de los vasos, debida á una proliferacion del tejido conjuntivo y á la esclerosis del mismo; y 8.°, segun las investigaciones de Bonet y Poincaré,

en el asilo de Mareveille, en todos los ganglios del gran simpático, manchas rojizas, como de orin, debidas á la pigmentacion de las células normales, lesion que es mas marcada en los ganglios cervicales que en los de las otras regiones.

La demostracion de estas lesiones anatómicas, que ha sido obra de sucesivas investigaciones, ha dado lugar á que los autores formasen conceptos diferentes relativamente á la naturaleza de la parálisis general.

Bayle, fundado en una observacion superficial, que no le permitió ver mas que la hiperemia de las meninges, y sin considerar que las perturbaciones mentales arguyen alteraciones de la sustancia cerebral, creyó que toda la afeccion consistia en la *aragnitis*. Parchappe la atribuyó al reblandecimiento de la capa cortical; Calmeil, considerando que no hay meningitis que no trascienda á la sustancia gris de los hemisferios, admitió á un tiempo la meningitis y la encefalitis, y dió á la afeccion el nombre de *meningo-encefalitis superficial y difusa*. Estas ideas han tenido el mérito de ser generalmente aceptadas, porque explicaban suficientemente los síntomas; despues han sido objeto de diferentes ampliaciones, que han contribuido á consolidar el conocimiento de este importante punto de Anatomía patológica. Rokitansky ha añadido la hipertrofia de la neuroglia, hecho necesario en toda flegmasía cerebral; Weyld, la hipertrofia de los apéndices de las venillas del cerebro; Salomon, la esclerosis de los vasos, que produce la obstruccion, y Clarke, el aumento de pigmento en las células. Hagnan cree que el proceso patológico comienza simultáneamente en la médula y en el cerebro; en concepto de Luys, la enfermedad tiene su punto de partida en el cerebelo, centro de todos los aparatos locomotores encefálicos.

Oigamos á Poincaré, cuya doctrina es un bello comentario de los hechos que acabamos de exponer, al paso que se afianza en nuevas investigaciones, relativas á las alteraciones anatómicas de los ganglios del gran simpático, especialmente de los de la region cervical. Para este autor, el carácter distintivo y esencial de la parálisis de los alienados, consiste en la generalizacion de las lesiones á todas las partes del sistema nervioso. Lo de menos es que comience por el cerebro, por la médula ó por el cerebelo; esta circunstancia da cuenta del predominio de los síntomas psíquicos, de los paraplégicos ó de los locomotores; pero no afecta á la esencia del proceso morboso. Esto sentado, Poincaré opina que la afeccion inicial corresponde á los ganglios del gran simpático; por esto, en ninguna enfermedad se ven procesos anatomo-

patológicos tan adelantados como en estos órganos. Empezando la alteracion por los ganglios del simpático, y en particular por los del segmento cervical, que, como se sabe, dirigen la innervacion vaso-motriz de la cabeza, resulta: que en un principio, en el período irritativo, hay un estado de contraccion espasmódica de los vasos encefálicos, que da lugar á una hiperemia activa. Mas tarde, cuando los elementos de los ganglios no están ya irritados, sino destruidos, y poco ó nada aptos para las funciones que les competen, los vasos se relajan y se hacen asiento de una congestion pasiva. De tales modificaciones en la vascularizacion del cerebro, resulta en el período irritativo una sobrexcitacion de las células cerebrales, que se traduce por el delirio ambicioso, así como de las del cerebro y de la protuberancia, que se manifiesta por exaltacion de las fuerzas musculares. Mas tarde, estas células, fatigadas por exceso de estímulo, experimentan la degeneracion grasienta; entonces, en vez de sobrexcitacion mental, hay síntomas de demencia, y en lugar de exaltacion motora, parálisis. Claudio Bernard, seccionando en la cerviz el gran simpático de los irracionales, colocaba á estos en condiciones análogas á las en que se encuentra el hombre afectado de parálisis general, con la sola diferencia que en la locura paralítica hay un elemento inicial, la irritacion del simpático, que faltaba en los casos del ilustre experimentador. En efecto, si en los conejos de Claudio Bernard se observaba intumescencia caliente de la piel del cráneo y de la oreja del lado de la seccion, en las personas afectadas de parálisis general hay hematomas pericraneanos, y frecuentemente otemátomas; en aquellos y en estas, las pupilas están desigualmente dilatadas; el cerebro, las meninges y la cara están congestionados, y los ojos hiperemiados y lagrimosos. Las lesiones del simpático no se limitan á los ganglios cervicales, sino que se extienden á todos los que forman la larga cadena de este complicado nervio; de ahí la hipersecrecion del jugo gástrico, que determina apetito voraz, las congestiones pasivas del pulmon, las irregularidades de los movimientos cardiacos y las perturbaciones de la secrecion urinaria.

¿Por qué el simpático es el primer centro afectado?—pregunta Poincaré.—Aun cuando declara que no puede explicar este hecho patológico, hace notar muy oportunamente que el alcoholismo es una de las causas mas frecuentes de la parálisis general; que el alcohol se difunde, con la sangre, tanto por el cerebro como por el simpático, si ya no es que obre antes sobre este que sobre el primero, en atencion á que aquel anima mas las vísceras que

reciben directamente el alcohol al ser ingerido, resultando que sus expansiones nerviosas son impresionadas por el susodicho agente antes de ser absorbido, y que esta impresion puede propagarse á los ganglios de su procedencia. Del mismo modo pueden obrar la alimentacion excesiva y los condimentos sobrado excitantes. Por esta razon, la parálisis general es tan frecuente en los que, por su posicion oficial, se ven obligados á aceptar frecuentes convites. La misma explicacion, dice, se aplica á la incontrastable influencia de las excitaciones desordenadas de las vesículas seminales, de los ovarios y del útero.

Interpretando los síntomas como propone Luys, esto es, partiendo la lesion de los aparatos cerebelosos, se echa de ver, que en la parálisis general, así como en los casos de tumor ó de reblandecimiento del cerebelo, las alteraciones del movimiento no son verdaderas parálisis, sino debilidad progresiva de la fuerza muscular; en ambos casos los enfermos andan con paso vacilante, caen al menor tropiezo y acaban por no poderse mover de la cama; en ambos la pronunciacion es torpe y se acompaña de temblor convulsivo de los músculos labiales, de estrabismo y de desigual dilatacion de las pupilas. Irradiándose el influjo cerebeloso, por el intermedio de los pedúnculos y cuerpos estriados, á las células de la capa cortical del cerebro, resulta que, como al principio el cerebelo se halla sobrexcitado, las células cerebrales participan de esta excitacion y se origina un sentimiento íntimo de fuerza, vigor y salud, el cual á su vez enjendra ideas de ambicion y de engrandecimiento, y estas otras correlativas y consecutivas, cada vez mas apartadas del carácter impulsivo cerebeloso, las cuales, proliferando incesantemente bajo la impresion excitadora de los medios morales y físicos en que vive el enfermo, se asocian y sistematizan constituyendo las numerosas variantes del delirio *megallomaniaco* que caracteriza á esta enfermedad desde el punto de vista puramente frenopático. Llega dia en que la innervacion cerebelosa decae y entonces todo es astenia en las operaciones psíquicas: de ahí el delirio melancólico y las ideas hipocondriacas.

¿Qué ha de acontecer cuando los procesos congestivos de la sustancia nerviosa, se truecan en metamorfósis regresivas? Entonces el cerebro se encuentra constituido en las mismas condiciones anatómicas que en la demencia, razon por la cual, no es de admirar que, en su último período, la parálisis general no se distinga clínicamente de la demencia simple, sino por los últimos vestigios del delirio ambicioso.

Marcha.—La parálisis general suele desplegar sus síntomas como enfermedad de curso crónico, y aun cuando no puede precisarse la duracion de cada uno de sus períodos, ni la de la afeccion en conjunto, de las estadísticas de Parchappe, Calmeil y Bayle, se desprende que, por término medio, estos enfermos viven de diez meses á un año, influyendo notablemente en la prolongacion de su existencia el que sean debidamente asistidos y vigilados, para combatir las complicaciones y demás accidentes graves que suelen presentarse, ó que, al contrario, el paciente se halle abandonado á su propia enfermedad. Cuando se hace todo lo posible en bien del enfermo, se logra que viva tres ó cuatro años. En *Nueva-Belen* hemos tenido un militar paralítico, que estuvo cinco años en el asilo, de donde salió para morir en el seno de su familia. El Dr. Marcé dice que en los manicomios privados se cuentan muchos mas alienados paralíticos que en los establecimientos públicos; es porque en aquellos viven mas largo tiempo que en los públicos, á causa de que encuentran una asistencia mas esmerada.

Puede la parálisis general presentarse desde el principio como una enfermedad *aguda* y rápida. En este caso, á los síntomas fundamentales de la afeccion—delirio ambicioso, *dislalia* é incoordinacion de los movimientos—se agrega un aparato febril muy intenso: calor aumentado, pulso frecuente, sed, sequedad de la boca, fuliginosidad de la lengua, sitofobia, grande agitacion, convulsiones epileptiformes y susbsultos de tendones. Con tales síntomas, la enfermedad termina por la muerte, del segundo al tercer septenario. No obstante, en algunos de estos casos, los síntomas suspenden su violencia, aparece una remision extraordinaria y la afeccion emprende una marcha crónica. Puede tambien suceder, segun hemos dicho, que en el decurso de la parálisis general de forma crónica, sobrevengan exacerbaciones agudas, que frecuentemente conducen á la muerte en pocos dias.

Un hecho que el práctico no debe perder de vista, es que la parálisis general, especialmente en su forma expansiva, es muy ocasionada á presentar muy ostensibles *remitencias*, que podrian engañar al que no estuviese prevenido. En tal caso, se observa una considerable aminoracion de los síntomas, sucediendo que unas veces la remision es mas notable de parte del delirio, mientras que en otras la mejoría se pronuncia en el sentido de la dislalia y de las demás perturbaciones del movimiento; raras veces hay proporcional rebaja en ambos órdenes de fenómenos. En tales circunstancias, parece que el enfermo se encamina rá-

pidamente á la curacion, y aun no es raro que esta mejoría dure muchos meses y aun años. Conviene no dejarse sorprender por estas apariencias: examinando detenidamente al enfermo, se descubren evidentes indicios del delirio ambicioso ó de los fenómenos paralíticos, y estos vestigios son bastantes para que sea permitido asegurar que la enfermedad recrudecerá mas ó menos tarde, hasta poner término á los dias del paciente.

Diagnóstico.—La parálisis general puede ser confundida con la manía ambiciosa, la monomanía ambiciosa, la melancolía estúpida, la demencia simple y la apoplegía y reblandecimiento del cerebro.

Siempre y cuando se trata de un delirio ambicioso, habrá motivos para sospechar la parálisis general; pues la manía ambiciosa es mucho menos frecuente que aquella enfermedad. Sin embargo, para distinguir estos dos estados, deben tenerse en cuenta, que en la parálisis, el delirio ambicioso va acompañado de disminucion de la memoria, debilidad intelectual, dislalia y otros diferentes trastornos de la motilidad, que no existen en la manía ambiciosa simple. Si hay el precedente de congestiones cerebrales, seguidas de dificultad en la pronunciacion, tendremos otro dato en favor de la parálisis general.

Mucho mas fácil es distinguir el delirio ambicioso de la parálisis general del de la *monomanía ambiciosa*. Aparte de que esta no va acompañada de desórdenes de los movimientos, ni de locucion embarazosa, ni de debilidad intelectual, el delirio monomaniaco se caracteriza por su fijeza y constancia, por los razonamientos lógicos en que se apoya, por las alucinaciones en que se afirma y por versar sobre cosas que no son de todo punto imposibles ni absurdas, como el de la parálisis general, que es variable, disparatado y ridículo.

Para diferenciar la parálisis general de la *melancolía estúpida*, será preciso recurrir á los antecedentes: si el enfermo habia sufrido alguna congestion cerebral en el período prodrómico; si habia perdido su habilidad para los trabajos manuales; si tenia débil la memoria; si el delirio melancólico ó hipocondriaco es absurdo, incoherente, ó variable; si entre las expresiones de tristeza, el enfermo intercalaba palabras de riqueza y de poder; si son desiguales las pupilas y si la debilidad de los movimientos y la incontinencia aparecen lenta y gradualmente, habrá todos los datos para declarar que se trata de la parálisis general y no del estupor melancólico, en que los síntomas enumerados se presentan de aspecto muy diferente.

El diagnóstico diferencial entre la parálisis general y la *demencia simple*, se saca de los siguientes principios: 1.°, la demencia general casi nunca es una enfermedad primitiva, sino el término de alguna de las comprendidas en el órden de las locuras, al paso que la parálisis general se define desde los primeros síntomas; 2.°, el delirio de la demencia simple participa de los caractéres del de la enfermedad mental que la precedió, mientras que el de la parálisis general es siempre mas ó menos ambicioso, y 3.°, en la demencia simple no hay la dislalia ni el desórden de los movimientos que son propios de la parálisis general.

Los síntomas de un derrame seguido de *reblandecimiento del cerebro que ocupe el centro de este órgano ó que simultáneamente ataque á ambos hemisferios*, tienen las mayores analogías con los de la parálisis general: en efecto, al propio tiempo que una gran decadencia mental, debilidad de la memoria, irritabilidad moral, delirio de persecuciones, suspicacia y caprichos frenopáticos, hay torpeza del habla y debilidad de los movimientos. El diagnóstico diferencial solo podrá fundarse en los siguientes hechos: en la parálisis general, los fenómenos paralíticos son menos pronunciados desde el principio que en el reblandecimiento; en este último, la dislalia, mas bien que *tartamudez*, es *farfulla*: parece que la palabra se arrastre; por último, en el reblandecimiento, no hay ni el movimiento vermicular de los músculos labiales, ni el delirio ambicioso característico de la locura paralítica.

Pronóstico.—A lo dicho en el capítulo XVII conviene añadir:

1.° Que la parálisis general es siempre una enfermedad grave, pues, aun cuando susceptible de remisiones y mejorías, por medio de un tratamiento adecuado, es hasta hoy dia incurable.

2.° Que no deben inspirar confianza las remisiones, por muy cabales y duraderas que sean, pues van seguidas de recrudescencias que continúan el curso de la enfermedad.

3.° Que la parálisis general de forma aguda, es grave porque amenaza de muerte al enfermo en un plazo corto, esto es, del segunda al tercer septenario.

4.° Que análogo concepto clínico merecen las exacerbaciones agudas en la parálisis general de curso crónico.

5.° Que los individuos afectados de parálisis, pueden llegar á un gran decaimiento y aun vivir mucho tiempo; pero son señales de pésimo agüero, la incontinencia de orina, las deyeccio-

nes involuntarias, la ceguera, y, sobre todo, las escaras y abscesos gangrenosos.

6.° Que de todas las formas que puede revestir la parálisis general en su período intermedio, la expansiva es la que promete mas larga vida; aunque no se halle exenta de las complicaciones con estados congestivos cerebrales.

7.° Que los otemátomas, ó tumores sanguíneos de los orejas, no son exclusivos de la parálisis general de los alienados, sino que se ven tambien en la demencia simple y aun en la manía y en la melancolía; pero donde quiera que aparezcan, indican que la enfermedad es de difícil curacion.

8.° Que, entre los peligros de muerte que amenazan á los afectados de parálisis general, deben contarse los accidentes desgraciados—caidas, suicidio, asfixia por sofocacion en el acto de deglutir los alimentos—á que los expone su misma enfermedad.

Y 9.° Que un gran cuidado y una vigilancia exquisita para alejar estos accidentes y combatir las complicaciones, influyen poderosamente para prolongar la vida de estos desgraciados.

Tratamiento.—El *aislamiento* es la primera medida que debe adoptarse desde el principio de la enfermedad, pues es el único modo de que el paciente se someta á una medicacion adecuada y de apartarle de los estímulos que excitan su sistema nervioso. Solo en la forma paralítica podrá diferirse la secuestracion hasta tanto que aparezcan los síntomas hiperfrénicos.

Las *emisiones sanguíneas* locales—sanguijuelas al ano, á las yugulares ó á las regiones mastoideas están indicadas en la forma expansiva, cuando recae en sugetos pletóricos y muy robustos, y en los casos que se complican con congestion cerebral. Debe emplearse con cautela, siendo preferible reiterar la evacuacion á hacerla excesiva de una vez. A la sangría general solo podrá recurrirse en los casos de congestion brusca de forma comatosa. Las emisiones sanguíneas están contraindicadas en las formas melancólica y paraplégica, por el gran decaimiento en que se halla el enfermo.

Los *purgantes* cumplen la doble indicacion de mantener desembarazadas las vias digestivas, corrigiendo la rebelde constipacion que suele aquejar á estos enfermos y de congestionar los vasos hemorroidales, derivando el aflujo del cerebro. En la forma melancólica pueden ser de mucha utilidad, pero es conveniente asociarlos á los tónicos ferruginosos, al aceite de hígado de bacalao, al iodo, al arsénico y á la quina.

Los *baños tibios prolongados*, con afusiones ó fomentos frios

en el cráneo, surten buenos efectos para templar la excitacion maniaca y aun la ansiedad melancólica; conviene, empero, secundar su accion por medio de algun purgante.

El *opio*, y en general todos los *narcóticos*, no solo no suelen ser beneficiosos, sino que su administracion no deja de ser peligrosa en la parálisis general.

Toda medicacion propiamente dicha será inútil desde el punto en que se presenten los síntomas del tercer período. Lo que entonces conviene, es redoblar los *cuidados higiénicos* y la vigilancia. Es preciso no perder de vista el estado de las evacuaciones, para sondar, si hay retencion de orina; para administrar un enema ó un laxante, si hay estipticidad de vientre, ó para propinar los astringentes si hay diarrea. Conviene asímismo vigilar al enfermo mientras come, para acudir oportunamente en su auxilio en el caso que, por efecto de la disfagia, se halle amenazado de asfixia. Lo mejor, en estas circunstancias, es presentarle alimentos líquidos ó semi-líquidos. Por último, estos alienados requieren las mas asíduas atenciones de limpieza, pues, como se ha dicho, al final de la enfermedad se vuelven *clinequesas*.

Con estos medios, secundados por buenas condiciones *atmosferológicas* y por un moderado ejercicio, puede abrigarse la confianza de que se logrará alargar considerablemente la vida de estos infelices alienados; pero, por el presente, no hay ejemplo de haberse obtenido la curacion de la parálisis general.

CAPÍTULO XXX.

ÓRDEN TERCERO.—DEFECTOS DE DESARROLLO FRÉNICO.

Caractéres del grupo.—De orígen congénito.—Anomalías de conformacion ó del desarrollo anatómico del cerebro.—Incurables.—Algunas favorablemente modificables por la educacion.—*Géneros:* Idiotismo—imbecilidad—niños atrasados—inteligencias anormales—cretines.

IDIOTISMO.

Sinonimia.—Amentia.—Imbecilitas ingenii.—Vogel.—*Fatuidad.*—Sauvages.—*Morosidad.*—Linneo.

Definicion.—El idiotismo consiste en una detencion del desarrollo de la inteligencia, dependiente de un vicio congénito ó accidental, del encéfalo.

Admitiendo la voz *idiotismo* como expresion genérica de las anomalías comprendidas en el grupo que estudiamos, presenta numerosas variedades, correspondientes á las muchas gradaciones del desarrollo intelectual. Este puede ser tan escaso, que apenas se perciban vestigios de las funciones psíquicas, ó consistir solamente en ese relativo atraso de las facultades mentales ó de los sentimientos que constituye la *imbecilidad* intelectual ó moral. Esquirol admitió cinco grados en el idiotismo y en la imbecilidad, los cuales se diferencian por el desarrollo de la facultad de hablar. Los dos primeros grados constituyen la imbecilidad y los tres últimos el idiotismo. En el 1.°, la palabra es expedita; en el 2.° presenta alguna dificultad; en el 3.° el enfermo no pronuncia sino palabras sueltas ó frases cortas; en el 4.° no produce sino monosílabos y en el 5.° hay completo mutismo. Creyendo, empero, que no siempre el desarrollo intelectual guarda relacion estricta con las facultades expresivas, Du-

bois, de Amiens, combate la division de Esquirol y forma tres clases; en la primera comprende los que están reducidos á un puro automatismo; en la segunda los que solo manifiestan poseer instintos, y en la tercera, ó sea la imbecilidad, los que á la vez presentan manifestaciones de instintos y determinaciones razonadas.

Cualesquiera que sean las ventajas y los inconvenientes de estas divisiones, puramente cuantitativas, lo verdaderamente importante es examinar las anomalías de las diferentes funciones frénicas y formar cabal concepto de sus grados.

Sintomatológia.—En los últimos grados del idiotismo, las *facultades intelectuales* son tan débiles, que apenas reaccionan ostensiblemente por las impresiones de la sensibilidad. Las sensaciones casi no evocan ideas, y las pocas que nacen, son tan superficiales y fugaces, que jamás se elevan á la abstraccion, ni á la generalizacion, ni al juicio, ni, en fin, á la conciencia. Las ideas son puras impresiones materiales, que se desvanecen al punto en que cesa el incitante del sentido. De ahí que no haya coordinacion, ni encadenamiento, ni proliferacion espontánea de conceptos, ni atencion, ni reflexion, ni memoria, ni determinaciones voluntarias. Estos enfermos viven en un puro automatismo; son, no solo inferiores á los irracionales, si que tambien á las plantas: estas se bastan á su nutricion y desarrollo; los idiotas de que tratamos moririan si no cuidase alguien de proveer á sus necesidades orgánicas, pues ni siquiera tienen nocion de su propia individualidad.

No en todos los idiotas es tan absoluta y general la negacion de las facultades mentales: los hay que solo carecen de una facultad, manifestando cierto desarrollo en otros; algunos no perciben impresiones sensoriales; otros las reciben, pero estas no determinan ideas ni juicios; otros no tienen nocion del tiempo, ni del espacio y apenas poseen la actividad indispensable para ingerir el alimento que se les introduce en la boca. Estos, por lo general, carecen del sentido interno que origina la necesidad de expresarse, y, por consiguiente, no hablan por falta de espontaneidad instintiva; otros perciben vagamente el aguijon de esta necesidad y expresan mas ó menos claramente las emociones de su espíritu; en tal caso, se traslucen otras muestras de inteligencia: conocen á las personas que viven con ellos; comprenden los preparativos de la comida y hasta sienten la necesidad de ejecutar algunos movimientos. Cuando el idiota no habla, es porque carece de ideas que expresar, ó porque estas no excitan la reac-

cion de los aparatos expresivos. Desde estos grados, arriba, la inteligencia de los idiotas es susceptible de innumerables variaciones, observándose en los casos mas leves, solo cierta torpeza en las operaciones mentales, alguna dificultad para la abstraccion, cierta indiferencia y falta de espontaneidad para responder á las impresiones de los sentidos. Hay algunos idiotas que gozan de buena memoria; estos son susceptibles de una educacion bastante completa y pueden aprender á hablar, á leer y aun á escribir; en otros se nota el desarrollo aislado de una aptitud artística: tal ejecuta con el lápiz obras bastante perfectas, aunque de pura imitacion; tal otro tiene talento aritmético, cual mecánico, cual músico, etc. En el asilo de idiotas de Eralswod—Lóndres—vió Griesinger un idiota que ni siquiera tenia idea de los números, y no obstante, habia construido un bonito modelo de barco de guerra. Morel cita otro que tenia extraordinaria habilidad para tocar el tambor; verdad es que su abuelo habia sido tambor mayor, su padre tambor y un hermano habia manifestado especial vocacion para sentar plaza de tambor. Nosotros hemos visto en *Nueva-Belen* un jóven idiota, mudo, y de oido bastante duro, que se complacia oyendo el piano y tarareaba bastante bien algunas melodías.

Las facultades afectivas guardan proporcion con las intelectuales. Hay idiotas que siempre están de mal humor y muy dispuestos á encolerizarse; otros son alegres, festivos y cariñosos. Los arrebatos de estos enfermos no son obra de determinaciones voluntarias, sino meros productos del instinto: nada en ellos provoca tanto los actos de furor, como la sensacion de hambre; verdad es que otras veces las acciones violentas nacen sin motivo apreciable; son efecto de un automatismo inconsciente. Aun en los idiotas mas completos, se notan alternativas del estado moral: tienen dias alegres, dias melancólicos, dias en que se enfurecen por cualquiera cosa, están intratables, gritan, pegan, quieren morder y se hace necesario sujetarles. Cuando el idiotismo no es muy profundo, todas estas irregularidades del carácter y de la voluntad son notablemente modificables por la educacion, en asilos apropiados, volviéndose dóciles aquellos que en el seno de la familia eran de todo punto insoportables.

No faltan en los idiotas importantes *anomalías de la sensibilidad* y de la *motilidad*. Por lo comun, tienen expedida la vision, y si hay algunos ambliopes ó estrábicos, no es á consecuencia de trastornos cerebrales, sino de lesiones oculares. Su oido es comunmente duro; pero, ¿es por defecto de impresionabilidad ó por

falta de atencion para las impresiones acústicas? Como en la mayor parte de los idiotas los lóbulos olfatorios están poco desarrollados, tienen obtuso el sentido de la olfacion. La poca finura del gusto les permite ingerir sin repugnancia las sustancias mas ingratas al paladar; algunos, empero, demuestran aversion á los alimentos de sabor suave, como la leche, el pan, la carne, etc. Igual obtusion se nota de parte de la sensibilidad general; así que en el idiotismo completo hay una anestesia muy extensa de la piel. Excusado es advertir que en los grados menos pronunciados no son de mucho tan notables estas anomalías de la sensibilidad.

Las alteraciones de la *motilidad* consisten en convulsiones, contracturas, parálisis y movimientos automáticos.

Las *convulsiones* pueden ser limitadas, ó regionales y generales, ó epileptiformes. No es raro que, en la época de la erupcion de los dientes, sobrevenga una afeccion cerebral con ataques epilépticos, cuyo resíduo permanente sea el idiotismo. En otros casos, la epilepsia es consecuencia del estado cerebral que produce el idiotismo, y entonces las convulsiones aparecen en época muy posterior á los síntomas de detencion del desarrollo mental. Las contracturas son, por lo comun, parciales y recaen en los dedos de los piés, ó dan lugar al pié zambo, ó en los externo-mastóideos, produciendo el tortícolis, etc. La parálisis es á veces tan pronunciada, que el enfermo no puede ni sostenerse en pié, ni dar un paso, y sus piernas experimentan una grande atrofia. Los movimientos automáticos ofrecen muchas variedades: hay idiotas que balancean el cuerpo de un modo rítmico, acompañándose de un canto monótono; otros no cesan de ladear la cabeza; otros no paran de frotarse los dedos; otros están siempre silbando ó soplando; otros, en fin,—segun observa Griesinger—pasan el tiempo apretándose el ángulo externo del ojo, como para procurarse vision diplóica.

Del exámen de las funciones sexuales en los idiotas, resulta que, por término general, los órganos de la generacion, así como las aptitudes que les competen, experimentan considerable atraso, si ya no es que faltan absolutamente las evoluciones propias de la pubertad. Se han visto, no obstante, mujeres constituidas en estado de idiotismo, que menstruaban regularmente; pero esto no es lo comun. Hay quien supone que los idiotas son muy fecundos; esto no es exacto. Los hay extremadamente lascivos; estas propensiones á la obscenidad han dado lugar á la opinion de que disfrutan de gran potencia procreadora.

Tratando de agrupar las numerosas variedades del idiotismo, Griesinger lo divide en dos tipos principales, perfectamente perceptibles en las formas mas elevadas del decaimiento intelectual: los *apáticos* ó *tórpidos*, y los *agitados* ó *versátiles*. Los del primer tipo, *apático* ó *tórpido*, dice este autor, son de talle rechoncho, macizo y desproporcionado; su fisonomía es gruesa y mas avejentada de lo que á su edad corresponde; la pesadez de los movimientos, el estado de pasividad en que constantemente se les encuentra, y de que nada es capaz de hacerles salir, hacen que siempre parezcan sumidos en un estado de somnolencia; muchos de ellos presentan un aspecto sombrío y melancólico; otros, al contrario, tienen una fisonomía de todo punto indiferente; parece que no piensan nada y que su inteligencia sea completamente muda. Los del segundo tipo, *agitados* ó *versátiles*, no suelen ser deformes, pero su desarrollo es inferior á su edad; algunos son proporcionados y bien conformados, finos y delicados. Son movedizos, agitados, vivos é irritables; se dejan fácilmente llevar de sus impresiones, pero están siempre distraidos y no tienen capacidad para fijarse en nada. Visto el aspecto vivo y jovial de esas criaturas, sorprende el saber que no pronuncian ni una palabra ni comprenden nada. Algunos son tan agitados y turbulentos, que no paran de moverse, saltar, gesticular, reir, llorar ó gritar; parecen dominados por una agitacion maniaca.—La hija de un distinguido profesor que recientemente nos ha hecho la honra de consultarnos, es una preciosa niña de diez años, blanca, de pelo rubio, rasgados ojos y labios de carmin. A simple vista promete un ingenio precoz y una grande penetracion; su travesura no tiene límites; canta con afinamiento; no tiene el oido duro, y no obstante, carece totalmente de lenguaje. Su agitacion es tan extremada, que no hay mueble seguro á su lado. Sus actos son verdaderamente los de una loca. Es, sin embargo, una idiota del tipo versátil, que tan perfectamente describe Griesinger.

Saliendo de esos estados de profunda depresion mental ó *idiotismo completo*, existen en esta enfermedad otras varias formas, que interesa conocer:

1.° *Idiotismo incompleto, ó de segundo grado.*—Estos enfermos ofrecen un desarrollo corpóreo regular y proporcionado á su edad; están sanos; su fisonomía es agradable, pero son un tanto macrocéfalos. Sus facultades mentales son rudimentarias, aunque susceptibles de cierto progreso; en su carácter moral se observa una moderada agitacion ó profunda apatía, que se manifiesta por el automatismo de las acciones. La causa del idiotismo

en estos casos, es una enfermedad cerebral, accidentalmente sobrevenida en la infancia, no encontrándose ni antecedentes hereditarios ni influjo endémico, por lo cual, en esta forma, el idiotismo es siempre esporádico. Estas condiciones etiológicas concurren en un hijo de un renombrado profesor de Granada, que hemos observado en *Nueva-Belen*. Tan es cierta la ausencia del influjo hereditario, que la hermana mayor del enfermo es una linda señorita que descuella tanto por su belleza como por su talento.

2.° *Imbecilidad.*—Aquí encontraremos un desarrollo corporal completo: estatura regular, músculos robustos, algunas veces anomalías de conformacion del cráneo, pero regularidad de las facciones. Los imbéciles hablan bastante bien; solo adolecen de alguno que otro defecto de pronunciacion; su inteligencia está bastante desenvuelta, pero no alcanzan el nivel del comun de los hombres, así que apenas aprenden las nociones mas rudimentarias que se enseñan en las escuelas. Sus ideas no tienen la menor fijeza; su raciocinio es incoherente y su atencion sumamente movediza. A pesar de su depresion mental, los imbéciles son bastante agudos para manejar la sátira y el epígrama. Sus facultades afectivas no están mas desenvueltas que las intelectuales; mas que por sentimientos, son movidas por hábitos; apenas aciertan á distinguir lo bueno de lo malo; son sumamente crédulos y fáciles de engañar, por lo cual vienen á ser el ludibrio de los mal entretenidos; de entre estos infelices reclutaban los magnates sus bufones. Algunos manifiestan singulares aptitudes para la música, para la pintura ó para los números, y todos, en general, son susceptibles de ganar mucho por la educacion.

No es raro que la imbecilidad se complique con la manía ó con la melancolía; en el primer caso, hay un delirio y una sobrexcitacion mental, que hace subir algunos grados la inteligencia de estos enfermos; estos destellos inusitados se desvanecen desde el punto en que cesa el estado hiperfrénico. Cuando la complicacion es de carácter melancólico, se observan ideas tristes con impulsiones suicidas.

3.° *Niños atrasados.*—Marchando en su desarrollo regular el cuerpo y las facultades mentales, sobreviene, en una época dada de la infancia, una súbita detencion de estas evoluciones naturales, y el niño deja de progresar de un modo proporcional á su edad: es un *niño atrasado*. Una jóven, citada por M. Dancel, hasta tres años y medio habia crecido regularmente; pero entonces su desarrollo se detuvo; á los diez años, medía 94 centímetros, y su estado mental correspondia al de un niño de tres años

y medio; á los veinte años creció algun tanto, llegando á la estatura de 96 centímetros, de la que no pasó ya. Baillarger presentó á la Academia de Medicina una jóven de veintisiete años, que no tenia mas que un metro de estatura y cuya inteligencia é inclinaciones eran las de un niño de cuatro años; la segunda denticion se habia iniciado á los diez y ocho, y á los veintisiete no habia esta terminado ni comparecido la menstruacion. El autor últimamente citado, que da el nombre de *astenogenia* á estos atrasos de desarrollo, muy frecuentes en las localidades en donde es endémico el cretinismo, admite una *astenogenia simple*, en que el cráneo no presenta deformidad ostensible y una *astenogenia cretínica*, notable por los caractéres del tipo cretin. La astenogenia, dice este autor, en una nota de la obra de Griesinger, consiste esencialmente en la prolongacion indefinida de los caractéres propios de la infancia, y se caracteriza por un desarrollo incompleto, irregular y, por lo comun, muy lento de todo el organismo. En esto se distingue del idiotismo, en que la detencion del desarrollo se refiere exclusivamente á la inteligencia y no á la totalidad del organismo, encontrándose idiotas fuertes y robustos, cuya pubertad se establece de un modo completo en edad correspondiente. Nota tambien M. Baillarger, que, en los paises de cretines, en donde es asímismo endémico el bocio, los astenógenos no presentan esta afeccion del cuerpo tiroideo, en razon á que ella no aparece hasta la pubertad, y tales individuos no llegan á ser púberes. Por lo demás, los astenógenos, á pesar de la cortedad de su inteligencia, son susceptibles de una educacion mas completa que los verdaderos idiotas.

4.° *Inteligencias anormales.*—El Dr. Morel ha descrito con este nombre una variedad de las alienaciones mentales hereditarias, caracterizada por la falta de equilibrio en las funciones intelectuales. En medio de cualidades muy plausibles y de brillantes aptitudes, se ven aparecer en estos sugetos, las mas extravagantes inclinaciones y los mas depravados instintos: sus ideas son descabelladas é incoherentes; sus acciones irregulares é incomprensibles; su discernimiento débil; parecen, como dice Marcé, un instrumento de música falto de algunas cuerdas. Por lo comun carecen de sentido moral; cuando se les interroga sobre alguna mala accion que acaso hayan cometido, parece no se les alcanza el valor de la falta; tienen marcada aficion á la crápula y al robo; mienten con el mayor desenfado; malgastan el dinero; tratan de pervertir á cuantos les frecuentan, é introducen el desórden y la insurreccion donde quiera habitan. Estos su-

getos, que desde su infancia son los habituales pobladores de las casas de correccion, cuando adultos, dan abundante contingente á las cárceles y presidios, y aun de vez en cuando ensangrientan las gradas del cadalso. Es imposible no ver en estos individuos una degradacion innata de las facultades afectivas, coincidente con la depresion de las intelectuales; es el estado á que los alienistas modernos, y con ellos el Dr. Despine, han dado el nombre de *idiotismo moral*, cuyas múltiples variedades ha descrito el Dr. Frelat bajo la denominacion genérica de *locura lúcida*.

5.° Con el nombre de *tipo de los Aztecas*—primeros pobladores de Méjico—el Dr. Griesinger describe una variedad del idiotismo caracterizada por la pequeñez de la cabeza y del cuerpo, pero de formas proporcionadas y hasta elegantes, y cuya nariz, recta, se continúa sin depresion con el plano de la frente. Estos pequeños séres, tienen la viveza y la versabilidad del pájaro; sus movimientos son bien coordinados; son alegres, impresionables, curiosos y susceptibles de atencion, pero de cortos alcances intelectuales. De las investigaciones de Gratialet, resulta: 1.°, que la capacidad del cráneo en la parte destinada al cerebro es bastante reducida, á causa del extraordinario espesor de los huesos; al paso que las regiones de la base, en donde se alojan el cerebelo y la protuberancia están extraordinariamente dilatadas en todos sentidos, y 2.°, que el encéfalo de estos individuos se parece mucho al de los monos antropomorfos, pues mientras que el cerebelo, la protuberancia y el bulbo ofrecen considerable desarrollo, las circunvoluciones cerebrales son poco numerosas y superficiales.—Conocemos un niño idiota del tipo azteca, hijo de un distinguido profesor de instruccion primaria, que ha aprendido á leer y hasta ha hecho algunos progresos en la escritura. Es notable por la viveza de sus movimientos y por la pequeñez de su cuerpo.

6.° El mismo Griesinger ha descrito otra forma de idiotismo, en la cual los enfermos tienen algunas analogías físicas y psicológicas con ciertos irracionales, tales como el mono, el cerdo, el carnero, etc. Cita como ejemplo el siguiente caso, observado por Pinel: una idiota de once años, que, por la forma de su cabeza, por sus gustos y por su modo de vivir, se parecia á un carnero; tenia especial repugnancia para la carne, y comia con avidez las sustancias vegetales; no bebia mas que agua; á su manera, demostraba un vivo reconocimiento por los cuidados que le prodigaba una criada, pero sus muestras de sensibilidad se reducian

á pronunciar estas palabras: *be ma tante—mi tia*;—no podia proferir otras....; tenia tambien la costumbre de ejecutar movimientos alternos de flexion y de extension de la cabeza, apoyando, como los carneros, esta parte contra el vientre de la criada, en testimonio de agradecimiento. En sus contiendas con otros niños de su misma edad, tomaba la susodicha actitud y trataba de sacudirles con el vértice de la cabeza inclinada..... Nunca se pudo hacerla estar sentada en silla; para descansar ó dormir, se echaba en el suelo, del mismo modo que los carneros. Sus espaldas y lomos estaban pobladas de un vello flexible, negruzco, de pulgada y media á dos pulgadas de largo, que, por lo fino, parecia lana.....

7.° El *cretinismo* se ha llamado tambien *idiotismo sinosto-basilar*, y sus grados extremos se ven únicamente en los paises en donde reina endémicamente esta enfermedad. La cabeza, dice Griesinger, es generalmente grande y desproporcionada; la cara mas avejentada de lo que corresponde á la edad del sugeto; el cuerpo pequeño, recogido é hinchado; los labios gruesos; los párpados salientes y entumecidos; la nariz ancha y profundamente hundida en su raíz; la piel y el tejido celular subcutáneo á veces hipertrofiados; la mayor parte tienen bocio, y en los casos mas extremos del cretinismo, apenas hay vestigios de figura humana. La inteligencia se halla en un estado de torpeza y apatía completos; no piensan absolutamente nada; son completamente estúpidos; no dicen nada, y de vez en cuando tienen arrebatos de cólera salvaje.

Consideramos ajeno á nuestro objeto la debatida cuestion de si la palabra *cretinismo* debe reservarse para significar los casos de degradacion mental con deformidad craniana y defectos de desarrollo en todo el cuerpo, causados por influencias endémicas, ó si conviene concederle una acepcion mas lata, y por consiguiente, comprensiva de todos los casos en que hay defecto de desarrollo bastante marcado de las facultades mentales, con anomalías de conformacion del cráneo.

La *etiología* del cretinismo endémico es punto de que se trata extensamente en las obras de Higiene, y nosotros la hemos expuesto con bastantes pormenores en nuestro *Curso elemental de higiene privada y pública*, adonde nos permitiremos remitir al lector. Basta declarar que, toda vez que los casos de cretinismo esporádico no difieren visiblemente de los cretines que viven en los Alpes, en ciertos puntos de los Pirineos, en los montes de la Auvernia, etc., consideramos que, si bien es innegable que cier-

tas influencias telúricas, frecuentemente asociadas al traspaso hereditario, dan lugar al cretinismo acompañado de bocio, estas mismas circunstancias pueden concurrir en individuos que viven en lugares exentos de tan funesta endemicidad, y determinar efectos completamente idénticos.

Anatomía y fisiología patológicas.—El primer hecho que resulta del exámen de las alteraciones anatómicas correspondientes á los distintos grados y variedades del idiotismo, es que, existen anomalías en la caja craniana y en su contenido. El cráneo es, en efecto, mas grande ó mas pequeño que de ordinario; á veces un exceso de amplitud de los senos frontales contribuye á reducir la cavidad encefálica á pesar de que exteriormente tenga el cráneo regulares dimensiones. Lo propio acontece cuando los huesos tienen sobrado grosor. Si las soturas se sueldan tempranamente, la cavidad queda cerrada antes de que el encéfalo haya adquirido el desarrollo que le compete y entonces hay *microcefalia*. En otros casos, se nota defecto de expansion en un determinado diámetro y sobrado desarrollo en el opuesto; por lo comun, el defectuoso es el vertical; la combadura frontal es la que mas frecuentemente se aplasta. No son raros los vicios de simetría, tales como la abolladura en uno de los parietales ó de una de las mitades del frontal. Virchow atribuye todos estos vicios de conformacion á la osificacion precoz de las soturas y la interposicion de los vormianos; Griesinger, á un vicio constitucional que es causa de que escasean las sales calizas necesarias para la osificacion, ó á un estado inflamatorio de los bordes de las soturas que, llamando hácia sí una fuerte proporcion de los elementos nutritivos que debian repartirse uniformemente entre todos los ámbitos del cráneo, hace que, al paso que las suturas se osifican en época prematura, el desarrollo queda atrasado en los restantes ámbitos del cráneo. Terminada la osificacion de las suturas, el desarrollo óseo es solo posible en las piezas que gozan de cierta anchura, esto es, las de la base; de ahí la exuberancia de determinadas zonas craneales, que contrasta con la depresion de otras. Segun Cárlos Stahl, todas las anomalías de configuracion y de desarrollo del cráneo son consecutivas á las del encéfalo; si las soturas se osifican prematuramente, es porque el cerebro ha cesado en su desarrollo antes de tiempo.

Las anomalías del contenido, ó sea de los órganos encefálicos, son bastante variables. Constantemente la masa cerebral es menor y pesa menos que de ordinario. El cerebro suele presentar deformidades é irregularidades mas ó menos perceptibles; otras

veces, empero, conserva su figura; pero es notable por su pequeñez. Es frecuente la ausencia de algunos órganos, tales como el cuerpo calloso, la bóveda de cuatro pilares, los tálamos ópticos, los cuerpos estriados, etc. Las circunvoluciones son siempre poco voluminosas y deprimidas, por lo cual las anfractuosidades son muy superficiales. Es un hecho casi constante la atrofia de los cuerpos estriados y tálamos ópticos. La sustancia blanca aumenta de consistencia, mientras que la gris es mas blanda que de ordinario. No es raro encontrar depósitos aislados de sustancia gris en sitios en donde no debiera existir en condiciones normales. Tampoco es infrecuente observar una esclerosis general del cerebro ó los vestigios de una meningo-encefalitis.

Las lesiones anatómicas del *cretinismo* son bastante diferentes de las del idiotismo propiamente dicho. La osificacion sigue una marcha muy irregular y se distingue por su exuberancia; el cráneo parece afectado de raquitismo; los agujeros de la base son angostos, por lo cual los nervios que por ellos pasan están atrofiados. A mas de la pequeñez, deformidad é irregularidades de los hemisferios cerebrales que se observan en el idiotismo, hay atrofia muy notable del bulbo y de la médula. Por último, el tejido conjuntivo, esa ganga universal, que sirve de sosten á los demás tejidos, en el cretinismo presenta un enorme espesor, pues la falta de funcion de los músculos, por la ausencia de los centros de excitacion motriz, hace que aquellos no se desarrollen, y, por consiguiente, el espacio y los jugos nutricios que les correspondian se emplean en beneficio de la sustancia conjuntiva. Lo propio se observa en los mónstruos acéfalos. Coexiste con la sinóstosis basilar de los cretines, el bocio tiróideo, cuyo orígen atribuyen unos á las mismas influencias endémicas que producen el cretinismo, mientras que otros consideran que la afeccion tiróidea es la causa orgánica de las anomalías del desarrollo craniano y encefálico. Este punto está aun por dilucidar y por mas que de los estudios de Poincaré sobre las funciones del cuerpo tiróides, que tienden á probar que es un aparato destinado á la preparacion de los principios inmediatos que la sangre ha de llevar al cerebro para su nutricion, inclinen el ánimo en sentido de la última opinion, los hechos bastante frecuentes de cretinismo sin bocio y de bocio sin cretinismo, destruyen sus fundamentos.

Vistos estos trastornos anatómicos, no es difícil darse cuenta de la fisiología patológica del idiotismo. En los grados mas extremos, toda la actividad humana se halla reducida á la inges-

tion del alimento que se introduce hasta las fauces. Si este se deja en un punto mas anterior de la boca, no es deglutido. El cerebro está completamente anulado; no hay percepciones gustuales; solo resta la innervacion bulbar, que responde al estímulo gutural por movimientos reflejos que producen la deglucion. Lo mismo exactamente se observa en los animales á quienes se ha practicado la ablacion del cerebro.—La atrofia de los tálamos ópticos, explica la obtusion de todos los sentidos. Por esto casi todos los idiotas son sordos ó duros de oido; otros son á un tiempo sordos y ciegos; todos tienen el tacto obtundido y el gusto y el olfato poco impresionables. Esta carencia de aptitudes sensoriales, cierra las puertas á las corrientes impresionadoras de las células intelectuales: faltan sensaciones; no pueden, por lo tanto, formarse ideas. Además, la atrofia de las circunvoluciones ofrece pocas garantías para la conservacion de las percepciones en estado de recuerdos; de ahí la pobreza intelectual. Frecuentemente faltan el cuerpo calloso ó el trígono cerebral, aparatos comunicantes que enlazan los departamentos de la inteligencia: de ahí que las pocas ideas que se forman y conservan, no puedan enlazarse, de ahí la falta de juicios y razonamientos. Faltándole ideas y juicios, ¿qué expresará el idiota? Por esto no habla: no hay estímulo para los aparatos expresivos. Si da gritos guturales y no articulados, estos no son movimientos-signos, sino puros fenómenos de automatismo reflejo. Cuando aun brilla algun destello de inteligencia, el idiota pronuncia alguna que otra palabra: el fenómeno es correlativo y proporcional. En medio de la nulidad de la inteligencia, subsisten y se hacen mas aparentes,—pues no sufren el contrapeso de estas—las facultades instintivas: de ahí que la mayor parte de los idiotas sean glotones, ladrones, perezosos é irascibles. Acaso algunas regiones del cerebro tienen cierta integridad y entonces aparece alguna aptitud intelectual ó artística, susceptible de perfeccionamiento por la educacion: algunos gustan de la música y cantan con afinacion; otros saben copiar un dibujo, etc.—Los aparatos medulares y cerebelosos, así como los cuerpos estriados, adolecen de grandes imperfecciones: por esto los movimientos de los idiotas son tan poco expeditos como sus funciones intelectuales; de ahí la inercia, el balanceo rítmico de algunos, la progresion embarazosa, la inestabilidad de la bipedestacion, las frecuentes caidas y tropiezos, etc. En algunos los centros locomotores no ofrecen alteraciones anatómicas especiales; hay aptitudes para el movimiento; pero, cómo faltan excitaciones cerebrales, no hay

los estímulos necesarios para que dichas aptitudes se conviertan en manifestaciones voluntarias. Si una sobrexcitacion patológica afecta accidentalmente á los aparatos centrales de la locomocion, estos no pueden menos que desplegar una actividad automática—agitacion ó furor—tanto mas violenta, en cuanto sus impulsos no pueden ser moderados por actividades cerebrales conscientes. Los centros nerviosos dirigen y regularizan las funciones de la vida trófica; no es, pues, de extrañar que estas, en los idiotas, adolezcan de profundas perturbaciones, particularmente en lo que dice relacion al desarrollo de los sistemas óseo y dentario y del aparato genital; de ahí la baja estatura de estos sugetos, lo tardío de su segunda denticion, la incomparecencia de la pubertad, su esterilidad, etc.

Los diferentes grados del idiotismo tienen sus correspondientes representaciones en la organizacion cerebral. Los imbéciles son idiotas en pequeño grado; su cerebro es débil; sus células nerviosas tienen poca resistencia para el trabajo: por esto su atencion es veleidosa, sus percepciones fugaces, sus ideas movedizas y su memoria infiel. Esta misma versatilidad é impresionabilidad les predispone á la manía y á la melancolía. Lo propio se puede decir de los niños atrasados; provistos de algunos grados mas de aptitud mental que los imbéciles, su cerebro adolece de debilidad fundamental; desarróllanse lentamente y aun de un modo incompleto: por esto no aprenden sino con dificultad las nociones mas triviales y jamás logran nivelarse con los hombres bien constituidos.

Pronóstico.—Las fórmulas á que puede atemperarse el pronóstico del idiotismo son las siguientes:

1.° En el idiotismo completo, no hay que esperar mejoría de ninguna clase, ni siquiera la mas pequeña ventaja por la educacion.

2.° La vida de los idiotas es generalmente corta; en los casos de idiotismo endémico, se ven no obstante algunos ejemplos de longevidad.

3.° Las diarreas profusas, dependientes de la imperfecta preparacion que experimentan los alimentos en la boca y de la falta de exhalaciones cutáneas, que deben ser compensadas por secreciones mucosas, son una de las causas que mas poderosamente contribuyen al decaimiento físico de estos enfermos.

4.° La mala conformacion del tórax y la falta de locucion, que hacen que los pulmones no se expansíen convenientemente, así como los hábitos solitarios, á que estos individuos se entregan

con particular encarnizamiento, son causa de la frecuencia con que en ellos se observa la tísis pulmonar.

5.° El incompleto desarrollo de los centros nerviosos, influyendo directamente en el desenvolvimiento general del organismo de los idiotas, es la causa mas poderosa de debilidad y muerte precoz de estos individuos.

6.° La epilepsia y las enfermedades cerebrales que sobrevienen en la infancia, son temibles porque frecuentemente dan por resultado el idiotismo.

Y 7.° La consanguinidad en el matrimonio, los enlaces con desproporcion de edad, los hábitos alcohólicos de los padres, la alienacion mental y la epilepsia en los ascendentes, deben hacer recelar el idiotismo en la prole.

Tratamiento.—El idiota es un sér desvalido que, si bien no merece la especie de culto que algunos pueblos le han tributado, es digno de todas las atenciones que la sociedad debe á los desgraciados. Miembro casi desprendido de la escala antropológica, pero unido á nosotros por los vínculos de la sangre, tiene incontestable derecho á que se le cuide con tanto mayor esmero, en cuanto no se basta para vivir. ¿No abriga el paralítico la extremidad inmóvil? ¿No la cuida y procura, por medio de aparatos protésicos, hacerla mas ó menos útil á la vida? ¿Por qué esos infortunados seres, desprovistos de sentido ó de movimiento, no han de ser cuidados por el cuerpo social para sacar el mayor provecho posible de sus escasas aptitudes? Cierto que la ciencia no posee remedio alguno capaz de curar el idiotismo; pero no puede negarse que la Higiene y la educacion tienen grandes alcances para atenuar los inconvenientes de este estado.

No faltan, en verdad, en los idiotas algunas aptitudes susceptibles de ser amplificadas por la gimnástica del cuerpo y del espíritu; espaciar la órbita de la inteligencia, hacer mas impresionables los sentidos, desarrollar los sentimientos de sociabilidad y aplicar la actividad locomotriz al trabajo útil; tales son los fines de la educacion é instruccion de estos enfermos. La gimnástica propiamente dicha, que, al propio tiempo que aumenta el vigor corpóreo, concierta y armoniza los movimientos, corrige las inflexiones viciosas é imprime gracia á las actitudes, debe figurar en primera línea entre los agentes de la terapéutica paliativa del idiotismo. El ejercicio amortigua las inclinaciones brutales, enfrena los apetitos groseros y pone á raya los malos hábitos.

El idiota carece de sentido moral: es necesario reemplazar,

en cierto modo, esta nocion de lo bueno y de lo malo, poniendo por móvil de los actos las recompensas ó las privaciones; acostumbrarle á obrar en sentido del bien por el aliciente del premio, y á apartarle de la senda del mal por temor á la pena.

Es asímismo indispensable observar cierto método en el cultivo de las aptitudes de estos enfermos: es preciso comenzar por la actividad, esto es, por el ejercicio de la motilidad y de la sensibilidad. A medida que las vias de la percepcion y de la locomocion van siendo mas expeditas, se hace mas asequible el cultivo de la inteligencia. Mal puede conocer, el que no recibe impresiones de los excitantes exteriores. Las emociones sensoriales sugieren las ideas; pero así y todo, si no hay aptitudes para el movimiento, no puede haber revelaciones externas de los actos psíquicos. Faltando aquellas, la voluntad no tiene campo en donde ejercitarse. Es, pues, indispensable comenzar la obra de la educacion por el principio y por el término de los actos cerebrales: el principio es la sensibilidad, el término es el movimiento. Preparados estos terrenos, se logra beneficiar la inteligencia y la voluntad.

Es necesario habituar al trabajo á los niños idiotas; pero, ante todo, para dirigir la educacion, manual é intelectual, es indispensable ejercer dominio directo sobre los instintos. En una palabra, no es posible instruir á un idiota, sin haberle hecho dócil y obediente.

«La educacion de un idiota, dice Delasiauve, considerada en conjunto, debe ser todo emocion, todo accion. Estimular incesantemente, por medio de emociones y actos, en relacion con su sensibilidad moral y por las comparaciones, el deseo y el gusto, es el único medio de hacer nacer en él una idea. Cuanto mas lentos son los progresos, menos conviene arriesgarse á comprometerlos por una intervencion mal dirigida y por cuidados abortados. La lectura, la escritura, el cálculo, pequeños talentos para la criatura destituida de entendimiento, no son realmente otra cosa que instrumentos defectuosos en manos incapaces.»

¿Qué diremos de los cuidados higiénicos? Séres que ni á su alimentacion saben atender; que no se dan cuenta de las necesidades de exoneracion; que se revuelven en sus propios excrementos; que carecen de actividad para preservarse de las violencias exteriores..... ¡cuántas y cuán asíduas atenciones no requiere su lastimoso estado! Solo á condicion de que estos cuidados sean prodigados á manos llenas, que se les proporcione aire puro, manjares reparadores y suficientemente divididos para sustituir

la falta de masticacion y de insalivacion, que se les limpie y abrigue, que se les guie en el ejercicio corporal, etc., solo á costa de tanto esmero se logra prolongar la frágil existencia de estos desventurados.

Para todo esto no hay mas que un medio verdaderamente práctico: los *asilos especiales para idiotas, imbéciles, niños atrasados y cretines.* Un departamento particular en un manicomio general, nos parece insuficiente. Para este servicio se requiere un personal de especiales condiciones y la Direccion debe ser tan médica como pedagógica.

Por fortuna, cada dia es menor el número de cretines; los adelantos de la Higiene y de la Agricultura han saneado la mayor parte de las regiones endémicamente afligidas por esta horrible plaga; abunda, empero, el idiotismo esporádico, porque las complejas influencias etiológicas que lo producen, no son fáciles de desvirtuar. Hoy por hoy, pues, los asilos especiales á que nos referimos son una verdadera necesidad en nuestro pais. El Estado debiera pensar formalmente en esto. Si el impulso no viene de arriba, lícito es esperar que la iniciativa individual, á que se deben los pocos buenos manicomios que hay en España, llevará al terreno de la práctica una institucion que promete ópimos resultados.

FIN.

EXPLICACION DE LAS LÁMINAS.

LÁMINA 1.ª

FIGURA 1.ª—Estupor melancólico, en su período de estado.
FIGURA 2.ª—Manía aguda con delirio y predominio del aprecio de sí mismo.

LÁMINA 2.ª

FIGURA 1.ª—Éxtasis cataléptico, en su período de estado.—Vése en la oreja un otemátoma en estado de plenitud.
FIGURA 2.ª—Locura sistematizada, consecutiva á una manía aguda con exaltacion del amor propio.

LÁMINA 3.ª

FIGURA 1.ª—El mismo sugeto de la figura 1.ª, lámina 2.ª, en marcha para la curacion y en un período libre del éxtasis cataléptico.
FIGURA 2.ª—Manía crónica con caprichos frenopáticos.

LÁMINA 4.ª

FIGURA 1.ª—Locura sistematizada con grande apatía física y moral.
FIGURA 2.ª—Demencia agitada, con extraordinario desarrollo del tejido adiposo.

ÍNDICE DE MATERIAS.

Págs.

Advertencia..... III
CAPÍTULO PRIMERO.—Relacion entre el progreso social y el de los conocimientos frenopáticos..... 1
CAP. II.—Historia del desenvolvimiento de los conocimientos sobre las enfermedades mentales..... 3
CAP. III.—Plan..... 19

PARTE PRIMERA.

CAP. IV.—Freno-patología general ó Patología y Terapéutica general de las enfermedades mentales..... 20
CAP. V.—*Nociones preliminares*..... 22
I.—Determinacion del significado de las palabras razon humana, voluntad, libre albedrío, entendimiento, conciencia, etc.. 23
II.—Definicion de la enfermedad mental..... 31
III.—Terminología, ó vocabulario de las enfermedades mentales..... 36
CAP. VI.—De la naturaleza de las enfermedades mentales..... 40
CAP. VII.—Asiento de las enfermedades mentales..... 50
Nociones sobre la Anatomía de textura de los centros nerviosos..... 51
CAP. VIII.—*Fisiología de los centros nerviosos ó mas bien Fisiología cerebral*..... 68
I.—Propiedades generales de los elementos nerviosos..... 69
II.—Propiedades fisiológicas de las diferentes secciones en que se presenta anatómicamente dividido el sistema nervioso cerebro-espinal..... 76
III.—De las funciones cerebrales propiamente dichas..... 85
Anatomía patológica de la alienacion mental..... 107
CAP. IX.—*Anatomía patológica general de los centros nerviosos*..... 109
CAP. X.—Anatomía patológica especial del cerebro..... 116
CAP. XI.—Anatomía patológica especial del cerebro en las enfermedades mentales..... 120
CAP. XII.—*Sintomatología y Patogenia de las enfermedades men-*

tales..... 124
I.—De los síntomas psíquicos ó frenopáticos propiamente dichos. 126
A.—Perturbaciones de la afectividad y de la inteligencia..... 126
Hiperestesia de la afectividad.—Dolor moral ó frenalgia..... 128
Expansion afectiva frenopática..... 129
Cambios de carácter..... 130
Alteraciones de la inteligencia..... 131
A.—Anomalías relativas á la forma..... 131
1.°—Obtusion de la inteligencia..... 131
2.°—Sobrexcitacion de la inteligencia, ó hiperfrenia..... 132
3.°—Fijeza de las ideas..... 133
4.°—Movilidad ó incoherencia de ideas..... 135
5.°—Anomalías de la memoria..... 136
6.°—Anomalías de la atencion..... 138
7.°—Anomalías de la expresion..... 139
B.—Anomalías relativas al fondo de las operaciones intelectuales.—Delirio, ó ideofrenia..... 141
B.—Perturbaciones de la sensibilidad..... 153
1.°—Alucinaciones é ilusiones..... 153
2.°—Ausencia de la nocion del estado frenopático..... 174
3.°—Anestesia ó hiperestesia..... 175
C.—Perturbaciones de la voluntad..... 176
D.—Perturbaciones de la motilidad..... 184
E.—Anomalías del sueño..... 187
II.—Síntomas somáticos de la alienacion mental..... 188
Síntomas de la digestion..... 189
— de la respiracion..... 190
— de la circulacion..... 190
— de la asimilacion..... 191
— de las secreciones..... 191
CAP. XIII.—*Curso y terminaciones de las enfermedades mentales*... 192
Período prodrómico..... 193
Invasion..... 195
Estado..... 196
Declinacion..... 199
Tipo de las enfermedades mentales..... 203
Complicaciones de las enfermedades mentales..... 205
CAP. XIV.—*Diagnóstico general de las enfermedades mentales*..... 206
Diagnóstico especial de la enajenacion mental..... 211
Reconocimiento clínico de los enajenados..... 212
Cuadro sinóptico de las formas elementales de las frenopatías. 215
CAP. XV.—*Etiología de las enfermedades mentales*..... 216
I.—Causas predisponentes, ó predisposiciones á las enfermedades mentales..... 217
A.—Causas predisponentes generales..... 217
Civilizacion..... 217

Ideas religiosas..... 220
Acontecimientos políticos..... 220
Causas predisponentes individuales..... 221
Herencia..... 225
Edad..... 223
Sexo..... 224
Clima..... 225
Estado civil..... 225
Profesiones..... 225
Educacion..... 221
II.—Causas ocasionales de las enfermedades mentales..... 226
Causas morales..... 226
Pasiones..... 226
Imitacion..... 227
Reclusion celular..... 227
Causas físicas..... 228
Causas locales..... 228
Causas físicas generales..... 229
Causas fisiológicas..... 231
Causas específicas..... 233
Causas mixtas..... 234
CAP. XVI.—*Clasificacion de las enfermedades mentales*..... 238
CAP. XVII.—*Del pronóstico en las enfermedades mentales*..... 246
A.—Del pronóstico en general, con relacion á la Estadística.. 247
B.—Del pronóstico, en particular, con relacion á las condiciones de la enfermedad y del enfermo..... 250
Norma de las enfermedades mentales..... 250
Curso de la enfermedad..... 254
Tiempo que ha durado la enfermedad mental..... 256
Complicaciones de la enfermedad mental..... 257
Fenómenos críticos..... 259
Causa de la enfermedad mental..... 260
Edad del sugeto..... 261
Sexo del alienado..... 261
Estacion del año..... 261
CAP. XVIII.—*Terapéutica general de las enfermedades mentales*.... 264
I.—Tratamiento profiláctico de la alienacion mental..... 267
II.—Agentes físicos de la terapéutica frenopática..... 269
Emisiones sanguíneas..... 269
Narcóticos..... 270
Opio..... 271
Hidrato de cloral..... 273
Belladona..... 274
Extramonio..... 275
Beleño..... 275
Digital..... 275

Sulfato de quinina..... 275
Bromuros alcalinos..... 277
Arsenicales..... 277
Estricnina..... 280
Hachisch..... 280
Sulfato de cobre..... 281
Aceite esencial de trementina..... 281
Purgantes..... 281
Emenagogos..... 281
Antiespasmódicos..... 281
Medicacion hidropática..... 282
Baños..... 282
Baños tibios comunes..... 282
Baños tibios prolongados..... 283
Baños frios..... 286
Baños sinapizados..... 286
Chorros, ó duchas..... 286
Electricidad..... 287
Revulsivos y derivativos cutáneos..... 288
Moxas..... 289
Medios especiales..... 289
Ingestion forzada..... 290
Medios de contencion y de sujecion..... 292
III.—Tratamiento moral de las enfermedades mentales..... 295
CAP. XIX.—*De los asilos para los alienados*..... 308
I.—Sistema colonial..... 309
II.—De los manicomios..... 315
A.—Estática del manicomio, ó condiciones materiales del mismo..... 317
B.—Dinámica ó funcionamiento del manicomio..... 332
Reglamento del manicomio Nueva-Belen..... 336
I.—Objeto del Manicomio..... 336
II.—De la colocacion de los pensionistas..... 337
III.—De las pensiones..... 338
IV.—De las relaciones del Manicomio con las familias y de estas con los pensionistas..... 339
V.—De las certificaciones y de las consultas..... 340
VI.—De la salida del Manicomio..... 341
VII.—De lás funciones del Manicomio..... 341
VIII.—De las relaciones de la Direccion, Administracion y Tesorería del Manicomio con los encargados de los pensionistas. 343
CAP. XX.—De las enfermedades intercurrentes de los alienados..... 344
Hematopatías, ó enfermedades dependientes de alteraciones en la composicion de la sangre..... 346
Enfermedades resultantes de la infeccion palúdica, ó mias-

mática. 347
Enfermedades encéfalo-raquídeas distintas de las vesanias. . . 349
Enfermedades del aparato respiratorio. 250
Enfermedades del tubo digestivo. 352
Enfermedades de los órganos génito-urinarios. 354
Dermatosis. 354
Entozoarios. 354

PARTE SEGUNDA.

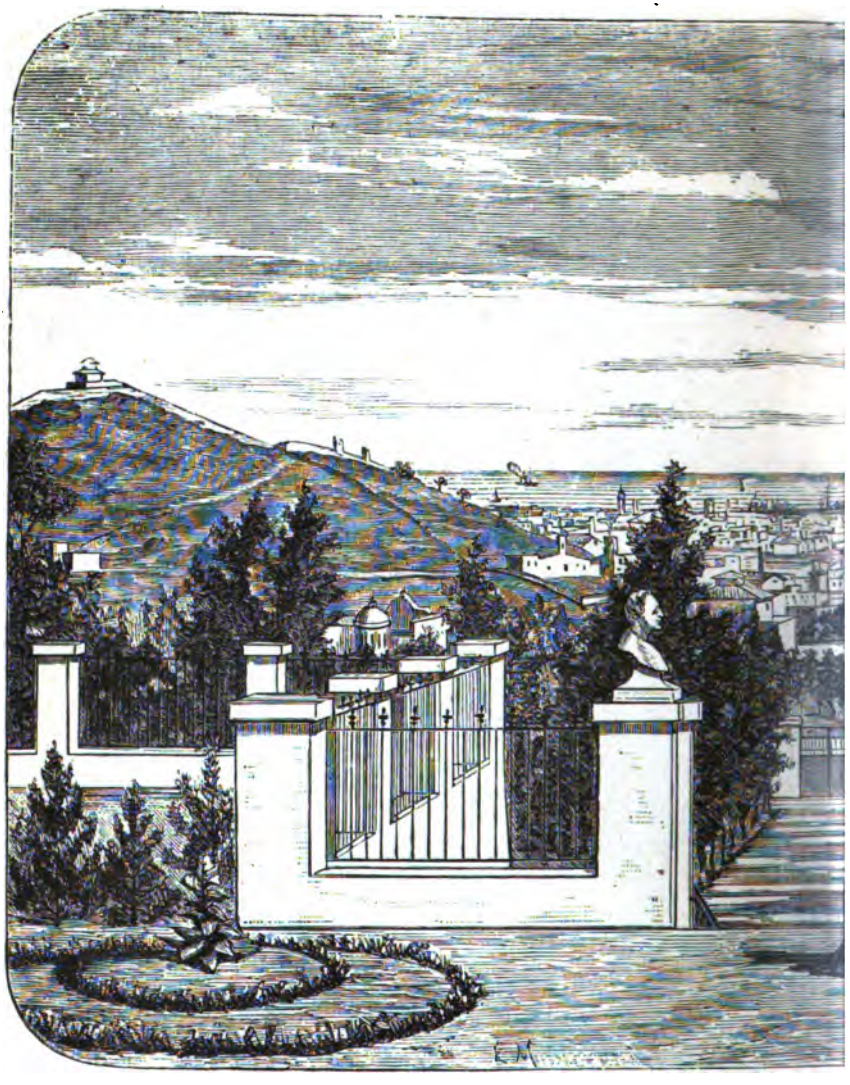
CAP. XXI.—FRENO-PATOLOGÍA ESPECIAL ó estudios de las formas de las enfermedades mentales. 356
Orden 1.º—*Locura*. 356
Género primero.—Manía. 356
Sinonimia. 356
Definicion. 356
Etiología. 357
Sintomatología. 358
Marcha. 365
Terminaciones. 366
Diagnóstico. 367
Especies ó formas de la manía. 368
Manía simple, franca, primitiva ó idiopática. 369
Manía mixta, híbrida ó constitucional. 375
Manía razonadora. 376
Manía impulsiva. 379
Pronóstico. 380
Anatomía patológica. 382
Tratamiento. 383
CAP. XXI (Duplicado).—*Género segundo.—Melancolía*. 389
Definicion, sinonimia y etimologia. 389
Etiología. 389
Sintomatología. 391
Marcha y terminaciones. 396
Especies ó formas de la melancolía. 398
Melancolía general, ó poli-melancolía. 398
Melancolías especiales, ó mono-melancolías. 399
Melancolía sin delirio. 399
Melancolía hipondriaca. 400
Melancolía nostálgica. 402
Melancolía amatoria. 402
Melancolía misantrópica. 402
Melancolía pannofóbica. 403
Melancolía ansiosa, ó pneumo-melancolía. 403
Melancolía religiosa. 403
Melancolía demonofóbica. 404

Melancolía desesperatoria 404
Melancolías compuestas, manía melancólica, melancolía maniaca ó tristomanía 404
Melancolía con estupor 405
Locura de doble forma, ó locura circular 407
Anatomía patológica 409
Pronóstico 410
Tratamiento 411
CAP. XXII.—*Género tercero.—Éxtasis* 418
Definicion 418
Etiología 420
Sintomatología 420
Especies, ó formas del éxtasis 421
Pronóstico 422
Observacion 1.ª 422
Observacion 2.ª 427
Observacion 3.ª 431
CAP. XXIII.—*Género cuarto.—Monomanía* 434
Sinonimia y etimología 434
Definicion 434
Sintomatología 435
Etiología 440
Especies ó formas de la monomanía 441
Monomanías intelectuales 441
Monomanías afectivas, sentimentales, ó pasionales 443
Monomanías sensoriales, ó alucinatorias 449
Monomanías impulsivas 452
Duracion y terminaciones de la monomanía 457
Diagnóstico 458
Pronóstico 458
Anatomía patológica 459
Tratamiento 459
CAP. XXIV.—*Género quinto.—Locuras patogenéticas* 461
Especie primera.—Locura alcohólica, ó alcoholismo 462
Etiología 462
Anatomía y fisiología patológicas 464
Formas del alcoholismo 467
Locura alcohólica 467
Manía alcohólica aguda 468
Melancolía alcohólica 468
Estupidez alcohólica 469
Diagnóstico 470
Epilepsia alcohólica, ó alcoholismo convulsivo 470
Formas crónicas del alcoholismo 471
Demencia alcohólica 471
Pseudo-pelagra alcohólica 474

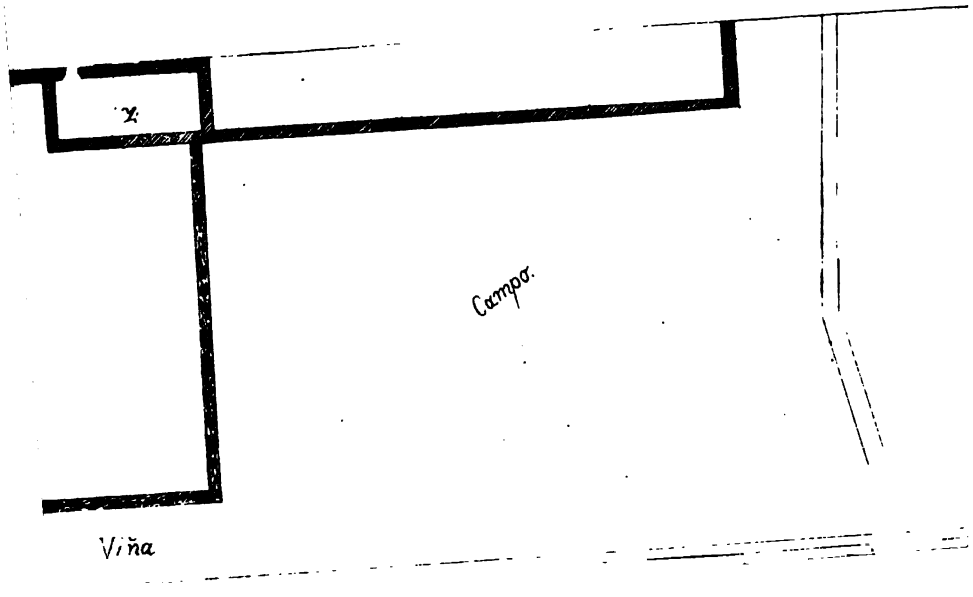
Pronóstico 475
Tratamiento 475
CAP. XXV.—*Especie segunda.—Locura epiléptica* 477
Consideraciones sobre la epilepsia 477
Sinonimia y etimología 477
Definicion 477
Etiologia 478
Sintomatología 478
Anatomía patológica 480
Fisiología patológica 480
Estado mental de los epilépticos 485
Estado moral é intelectual de los epilépticos no alienados 485
Locura epiléptica 486
Manía general 486
Melancolía epiléptica 487
Manía ó monomanía impulsiva epiléptica 487
Estados frenopáticos crónicos consecutivos á la epilepsia 488
Diagnóstico 488
Pronóstico 489
Tratamiento 490
CAP. XXV (Duplicado).—*Especie tercera.—Locura histérica* 492
Definicion 492
Etiología 492
Sintomatología 493
Fisiología patológica 496
Perturbaciones intelectuales en el histerismo 496
Modificaciones del carácter moral y de la inteligencia 497
Delirio transitorio durante los accesos 497
Locura histérica propiamente dicha 498
Manía histérica 498
Melancolía histérica 498
Manía impulsiva histérica 498
Pronóstico 499
Tratamiento 500
CAP. XXVI.—*Especie cuarta.—Locura coréica* 502
Etiología 502
Sintomatología 502
Fisiología patológica 503
Modificaciones del carácter moral y de la inteligencia 504
Delirio alucinatorio coréico 505
Delirio maniaco coréico 506
Pronóstico 506
Tratamiento 506
CAP. XXVII.—*Especie quinta.—Locura pelagrosa* 508
Sintomatología 508
Marcha 509

Anatomía patológica..... 509
Tratamiento..... 510
CAP. XXVIII.—*Órden segundo.—Demencias*..... 511
Género primero.—Demencia propiamente dicha..... 511
Definicion..... 511
Etiología..... 511
Sintomatología..... 512
Locura sistematizada..... 513
Demencia agitada..... 519
Demencia apática..... 522
Anatomía y fisiología patológicas..... 525
Diagnóstico..... 527
Pronóstico..... 527
Tratamiento..... 528
CAP. XXIX.—*Género segundo.—Parálisis general de los alienados*. 529
Definicion..... 529
Etiología..... 530
Sintomatología..... 331
Anatomía y fisiología patológicas..... 538
Marcha..... 542
Diagnóstico..... 543
Pronóstico..... 544
Tratamiento..... 545
CAP. XXX.—*Órden tercero.—Defectos de desarrollo frénico*..... 547
Idiotismo..... 547
Sinonimia..... 547
Definicion..... 547
Sintomatología..... 548
Idiotismo incompleto ó de segundo grado..... 551
Imbecilidad..... 552
Niños atrasados..... 552
Inteligencias anormales..... 552
Tipos de los aztecas..... 554
Cretinismo..... 555
Anatomía y fisiología patológicas..... 556
Pronóstico..... 559
Tratamiento..... 660
Explicacion de las láminas..... 563

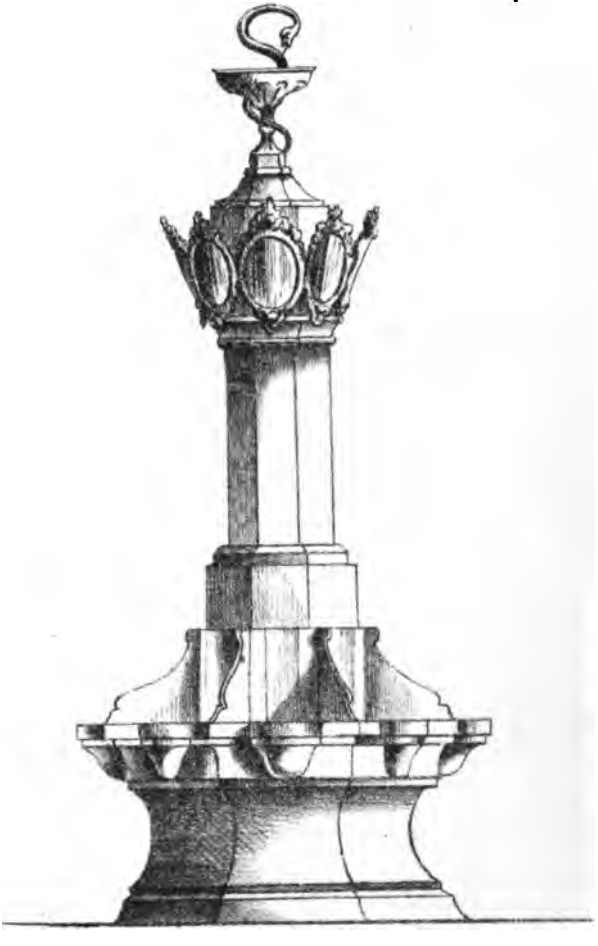
NOTA. Suplicamos al lector que en los capítulos correspondientes al género de las *locuras patogenéticas*, se sirva sustituir la palabra «género» por «especie.» El mismo buen sentido inspira esta natural rectificacion.



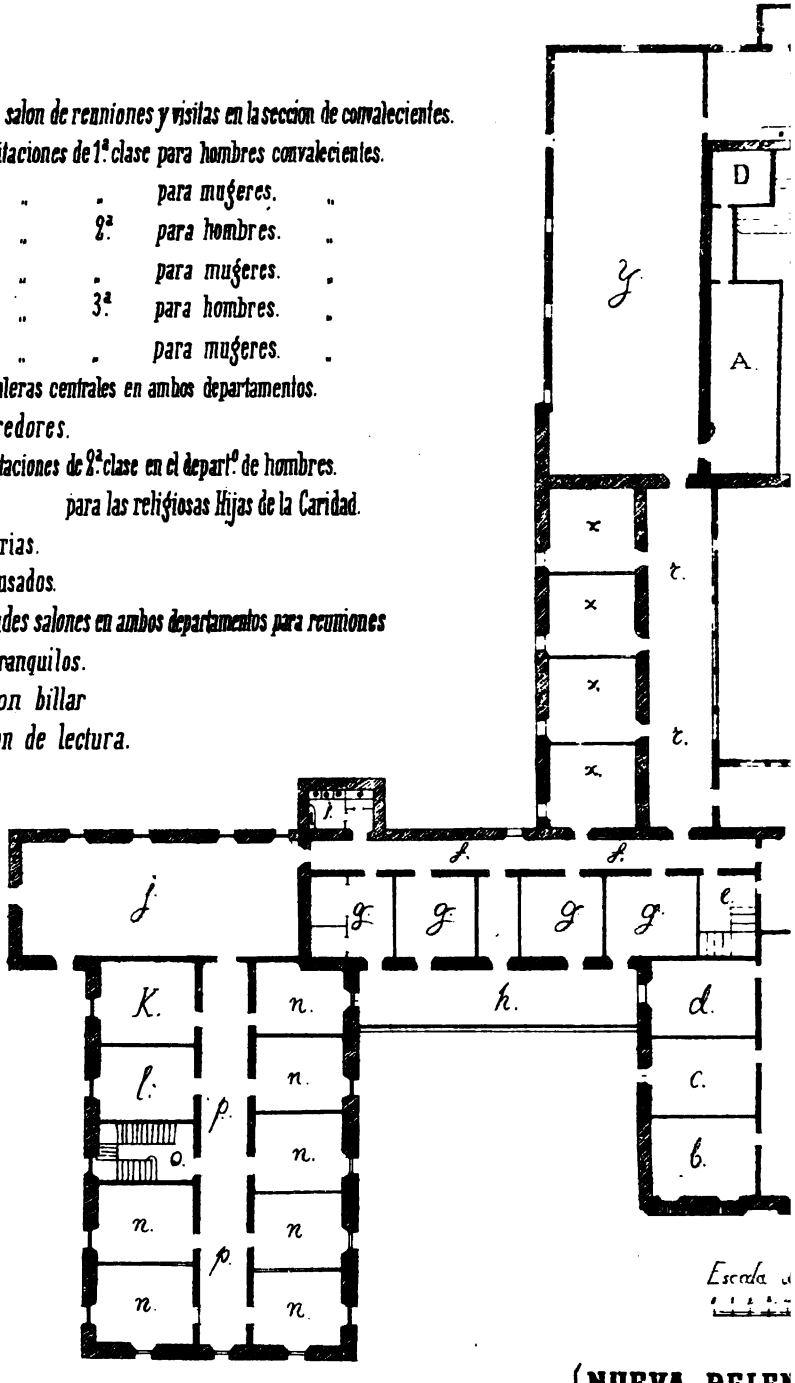
Vista panoramática que se descubre desde el part


X
Campo.
Viña

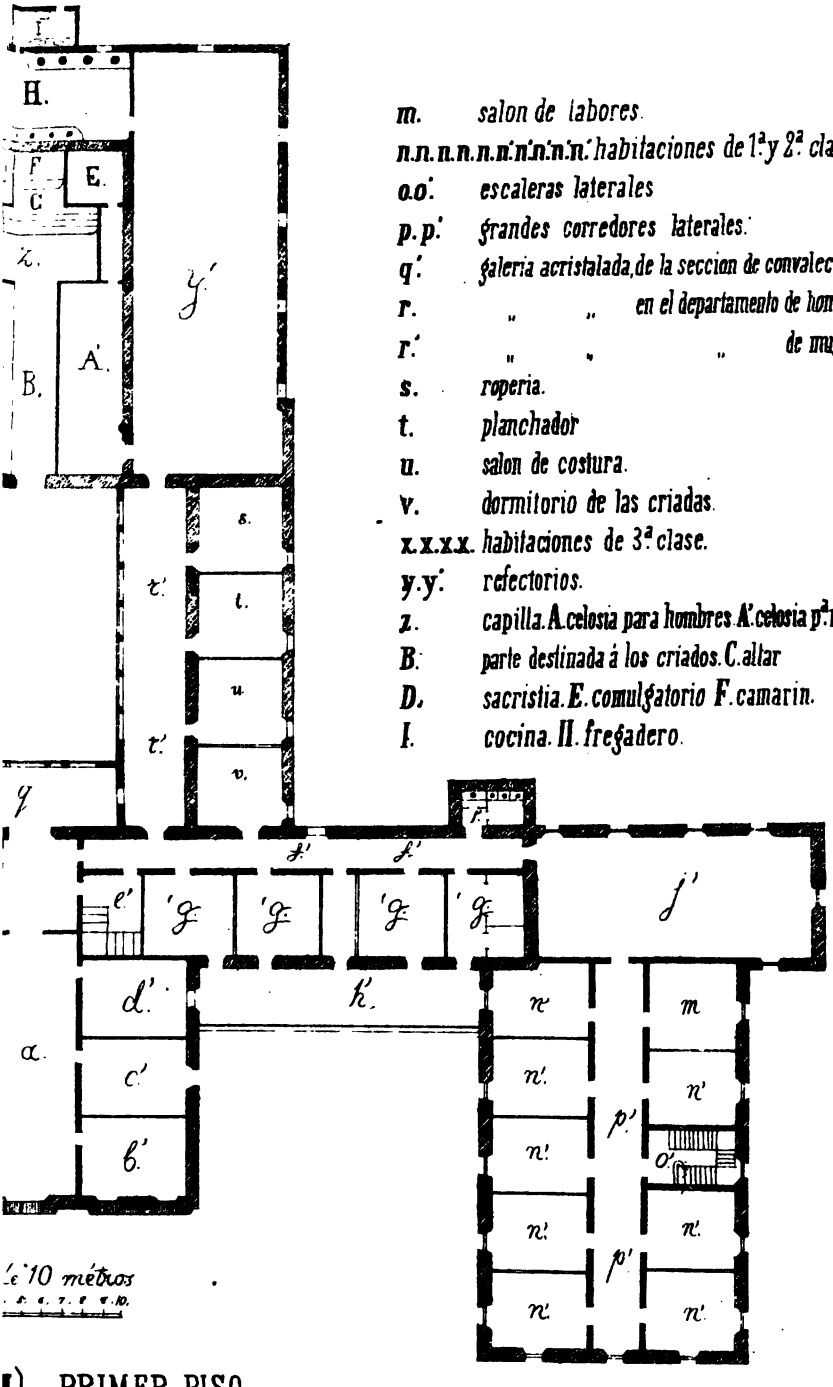
Vinx
Cempa
B.
A



LAVATORIO


a. Gran salon de reuniones y visitas en la seccion de convalecientes.
b. Habitaciones de 1ª clase para hombres convalecientes.
b'. " " para mugeres. "
c. " 2ª. para hombres. "
c'. " " para mugeres. "
d. " 3ª. para hombres. "
d'. " " para mugeres. "
e.e'. escaleras centrales en ambos departamentos.
f.f'. corredores.
g.g.g.g. habitaciones de 2ª clase en el depart.º de hombres.
g'.g'.g'.g'. para las religiosas Hijas de la Caridad.
h.h'. galerias.
i.i'. escusados.
j.j'. grandes salones en ambos departamentos para reuniones de tranquilos.
k. salon billar
l. salon de lectura.
D
A
y
x
t.
t.
l.
f.
f.
j
g
g
g
g
e
K.
n.
h.
d.
l.
n.
c.
p.
o.
n.
b.
n.
n
p.
n.
n.
Escala

(NUEVA BELEN



I) PRIMER PISO.

LÁMINA 1ª

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 1.

Fig. 2.

LAMINA 5

Fig 1.

Fig 2.

Fig. 1

Fig. 2.

RETURN TO the circulation desk of any
University of California Library
or to the
NORTHERN REGIONAL LIBRARY FACILITY
Bldg. 400, Richmond Field Station
University of California
Richmond, CA 94804-4698

ALL BOOKS MAY BE RECALLED AFTER 7 DAYS

- 2-month loans may be renewed by calling (510) 642-6753
- 1-year loans may be recharged by bringing books to NRLF
- Renewals and recharges may be made 4 days prior to due date.

DUE AS STAMPED BELOW

SENT ON ILL

JUL 26 2001

U. C. BERKELEY

SENT ON ILL

MAR 18 2002

U. C. BERKELEY

12,000 (11/95)

Tratado teórico-práctico de freno-patología. RC601 G52

BIOL-LIB.

339650.

RC601 G52

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY.